

Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta



Magisterská diplomová práce

**Institucionální analýza HR aktivit v ČR: možnosti a meze  
poskytování zdravotní péče v jejich kontextu a stav  
připravenosti na kombinaci zdravotních a sociálních služeb  
různým cílovým skupinám**

**Institutional analysis of the harm reduction activities in the  
Czech Republic: possibilities and limits of health care in their  
context and the state of readiness on a combination of health  
and social services to the different target groups**

*Bc. Zdeňka Burešová*

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Vavrinčíková, Ph.D.

Konzultant: Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Obor: Adiktologie

Praha 2012

## Poděkování

Poděkování za podnětné připomínky a cenné rady, za shovívavost, trpělivost a podporu patří především vedoucí magisterské diplomové práce, PhDr. Lence Vavrinčíkové, Ph.D. a konzultantům Doc. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D., Mgr. Barbaře Janíkové a Mgr. Vlastimilu Nečasovi. Ráda bych tímto poděkovala i Ing. Jiřímu Vopravilovi, Ph.D. za konzultace k statistickým výsledkům a Jakubu Fišerovi za všechno.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 10.5. 2012

.....

## Identifikační záznam

BUREŠOVÁ, Zdeňka. Institucionální analýza HR aktivit v ČR: možnosti a meze poskytování zdravotní péče v jejich kontextu a stav připravenosti na kombinaci zdravotních a sociálních služeb různým cílovým skupinám. [Institutional analysis of the harm reduction activities in the Czech Republic: possibilities and limits of health care in their context and the state of readiness on a combination of health and social services to the different target groups]. Praha, 2012. 53 s., 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Vavrinčíková, Lenka.

## Abstrakt

**Cíl:** Cílem studie byla ucelená analýza institucí v ČR, které poskytují harm reduction služby, se zaměřením na 3 oblasti: současný stav a jeho aktuální úroveň, zájem o získání statutu zdravotnického zařízení a zájem o eventuální rozšíření nabídky především zdravotnických aktivit/služeb pro různé cílové skupiny.

**Východiska:** V ČR je v současnosti síť nízkoprahových zařízení, které poskytují harm reduction služby především uživatelům ilegálních drog. Nelékařská zařízení ambulantní adiktologické péče se ovšem od sebe liší nejen náplní práce, poskytovanými službami/výkony/podmínkami poskytování péče, ale i statutem (registrovaná sociální služba x registrované zdravotnické zařízení x neregistrované zařízení apod.). Zmapováním aktuální situace v zařízeních drogových služeb provozujících programy harm reduction bychom nastínili možnosti, jakými se tato zařízení mohou v budoucnu rozvíjet, pokud o to budou mít sama zájem.

**Popis výzkumného souboru:** V rámci studie byl osloven maximální počet odborných zařízení v systému harm reduction služeb pro uživatele drog v ČR (N= 96 zařízení), konkrétně kontaktní centra a terénní programy. Databáze kontaktů byla vytvořena na základě: drogového informačního serveru tzv. „*Mapa pomoci*“; internetové stránky MPSV „*Registr poskytovatelů sociálních služeb*“; seznamu certifikovaných sociálních služeb „Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách“ a kontaktů od členů ČAA. Vzhledem k charakteru zjišťovaných informací, byly osloveny kompetentní osoby, nejčastěji vedoucí pracovníci zařízení, a to elektronickou poštou i telefonicky. Studie se zúčastnili respondenti z 60 zařízení, poskytující HR služby (39 kontaktních center, 21 terénních programů).

**Metody:** Sběr dat byl proveden formou dotazníkového šetření. Dotazník byl strukturovaný, rozdělen do 3 částí. V případě potřeby doplnění chybějících dat nebo specifikace odpovědi jsme použili metodu telefonického interview a analýzu dokumentů.

**Přínos práce:** Dosažené výsledky mohou usnadnit orientaci v diskutované možnosti implementaci harm reduction aktivit do zdravotnictví, která by reálně podpořila vícezdrojové financování těchto služeb.

**Výsledky:** Harm reduction služby v ČR, terénní programy a kontaktní centra, jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém, pouze tři zařízení jsou registrovaným zdravotnickým zařízením. Přesto většina zařízení provádí i ryze zdravotnické výkony jako zdravotní ošetření (90 % všech zařízení/programů) nebo testování na infekční onemocnění (přibližně 68 % všech zařízení/programů). Oba typy sociálních služeb nejčastěji zaměstnávají sociální pracovníky. Ze zdravotnických odborností třetina zařízení zaměstnává zdravotní sestru a jen necelých 30 % zařízení má ve svém týmu kvalifikovaného adiktologa s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Dalších 15 % zařízení/programů zaměstnává adiktologa bez takového osvědčení. V interním pracovním týmu stávajících zařízení je velmi zřídka lékař nebo psycholog (méně než v 15 % případů). Zájem o změnu statutu zařízení (tj. transformaci) projevuje, respektive uvažuje o ní polovina participujících zařízení: 19 (48,7 %) kontaktních center a 10 (47,6 %) terénních programů. Odhadovaný zájem o změnu statutu v cílové skupině se může pohybovat okolo 30 %. Dostatek informací o registrační proceduře a možných výhodách a nevýhodách, které by transformace přinesla má jen čtvrtina zařízení: 10 (25,6 %) kontaktních center a 5 (23,9 %) terénních programů. Přínos rozšíření statutu vidí respondenti především ve financování služby, které

by mohlo být dle jejich vyjádření stabilnější a jistější. Velkým profitem by byla možnost rozšíření služeb (poskytovaných výkonu), které by mohly být i ryze zdravotnického charakteru. Výsledky zároveň prokázaly, že zařízení/programy se na transformaci nijak zvlášť nepřipravují. Současná zařízení/programy nejeví přílišný zájem o rozšíření své klientely, a to ani v případě, že by to sebou přinášelo odpovídající finanční prostředky. Z cílových skupin, které v současnosti nejsou typickými klienty kontaktních center a terénních programu je znatelnější zájem (více jak v 50 % případu) kromě o osoby blízké klientům jen o klienty, jejichž primární drogou je alkohol.

**Klíčová slova:** harm reduction - sociální služba - zdravotní péče - adiktolog

## Abstract

**Objective:** The study is an institutional analysis of harm reduction services in the Czech Republic: possibilities and limits of providing health care in their context and the state of readiness on a combination of health and social services to different target groups.

**Background:** In the Czech Republic, there is currently a network of harm reduction services, especially for users of illegal drugs. These centres and programs are very different in provided services, procedures, conditions for providing care and also in the status (registered social service x registered medical service x unregistered service). By analyzing the current status of harm reduction services, we can outline possible future development.

**Research file:** The study was addressed to all contact centers and outreach programs for drug users in the Czech Republic (N = 96). Information will be provided by competent persons, mostly from senior staff.

**Methods:** Data collection was conducted through a questionnaire survey. The questionnaire is structured, divided into 3 parts. If necessary, we will use the possibility of telephone interviews and analysis of documents.

**Contribution of the work:** Achieved results may facilitate orientation in discussed possibility of implementing harm reduction activities into health care, that would actually support further multi-source fundings of these services.

**Results:** Harm reduction services in Czech Republic, outreach programs and contact centers are essentially provided out of the healthcare system. Only three facilities are registered as medical facility. Still, the majority of facilities provide the medical services, such as medical treatment (90% of all facilities/programs) or tests on infectious diseases (approximately 68% of all facilities/programs). Both types of social services employ usually social workers. The medical staff represents only a minority. The interest in change of status (i.e., the transformation) shows half of participating facilities. Only a quarter of all facilities do have sufficient information about the benefits and disadvantages that would bring the aforementioned change of the status. The result showed that facilities/programs do not particularly prepare for the transformation. They do not show much interest in enlarging the set of potential clients, even though it would bring new corresponding fundings.

**Keywords:** Harm reduction - Social services - Health care - Addictologist

# Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| Seznam obrázků . . . . .  | xi        |
| Seznam tabulek . . . . .  | xii       |
| <br>  |           |
| <b>I Teoretická část</b>  | <b>1</b>  |
| <br>  |           |
| <b>1 Vymezení základních pojmů</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1 Adiktolog . . . . .   | 4         |
| 1.2 Adiktologie (obor) . . . . .  | 4         |
| 1.3 Drogové služby . . . . .  | 4         |
| 1.4 Dostupnost služeb . . . . .   | 4         |
| 1.5 Harm reduction . . . . .  | 5         |
| 1.6 HR aktivity . . . . .   | 5         |
| 1.7 Protidrogová politika . . . . .   | 5         |
| 1.8 Sociální služby . . . . .   | 5         |
| 1.8.1 Terénní programy . . . . .  | 5         |
| 1.8.2 Kontaktní centra . . . . .  | 5         |
| 1.9 Transformace . . . . .  | 5         |
| 1.10 Veřejné zdraví (Public Health) . . . . .   | 6         |
| 1.11 Zdravotní péče . . . . .   | 6         |
| 1.12 Zdravotnické zařízení . . . . .  | 6         |
| 1.12.1 Veřejná zdravotnické zařízení . . . . .  | 6         |
| 1.12.2 Nestátní zdravotnické zařízení . . . . .   | 6         |
| <br>  |           |
| <b>2 Harm reduction</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1 Charakteristika přístupu harm reduction . . . . .                                     | 7         |
| 2.2 Historie přístupu harm reduction . . . . .  | 8         |
| 2.3 Intervence harm reduction . . . . .   | 9         |
| 2.3.1 Realizace harm reduction aktivit v ČR . . . . .                                     | 10        |
| <br>  |           |
| <b>3 Harm reduction v ČR v kontextu zdravotních a sociálních služeb</b>                   | <b>13</b> |
| 3.1 Současná situace užívání návykových látek v České republice (epidemiologie) . . . . . | 13        |



|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 3.2       | Legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek . . . . .   | 14        |
| 3.3       | Ambulantní péče v adiktologii . . . . .  | 14        |
| 3.3.1     | Historický exkurz . . . . .  | 15        |
| 3.3.2     | Současný stav . . . . .  | 15        |
| 3.3.3     | Možný budoucí vývoj . . . . .  | 16        |
| 3.3.4     | Kombinace sociálních a zdravotních služeb v adiktologické ambulantní péči . . .  | 18        |
| 3.3.4.1   | Certifikace . . . . .  | 18        |
| 3.3.4.2   | Registrace . . . . .   | 18        |
| <b>4</b>  | <b>Transformace současné ambulantní adiktologické péče do zdravotnictví</b>  | <b>19</b> |
| 4.1       | Výkony drogových služeb . . . . .  | 19        |
| 4.2       | Výhody transformace adiktologické ambulantní péče . . . . .  | 20        |
| 4.3       | Nevýhody transformace adiktologické ambulantní péče . . . . .  | 21        |
| <b>5</b>  | <b>Shrnutí teoretické části</b>  | <b>23</b> |
| <b>II</b> | <b>Empirická část</b>  | <b>24</b> |
| <b>6</b>  | <b>Realizované výzkumné šetření</b>  | <b>25</b> |
| 6.1       | Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek . . . . .   | 25        |
| 6.2       | Metody získávání dat . . . . .   | 25        |
| 6.2.1     | Identifikace zdrojů dat . . . . .  | 25        |
| 6.2.2     | Sběr dat . . . . .   | 26        |
| 6.2.3     | Metoda získání dat . . . . .   | 26        |
| 6.3       | Analýza dat . . . . .  | 27        |
| 6.3.1     | Popis výzkumného souboru . . . . .   | 27        |
| 6.3.1.1   | Základní údaje výzkumného souboru . . . . .  | 27        |
| 6.3.1.2   | Personální zabezpečení v zařízeních, která se zapojila do studie . . . . .   | 29        |
| 6.3.2     | Poskytované služby v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR) . . . . .          | 29        |
| 6.3.2.1   | Základní výkony poskytované v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR) . . . . . | 29        |
| 6.3.2.2   | Zvláštní výkony poskytované v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR) . . . . . | 30        |
| 6.3.3     | Možné rozšíření statutu zařízení/programu . . . . .  | 32        |
| 6.3.3.1   | Přínos rozšíření statutu . . . . .   | 32        |
| 6.3.3.2   | Příprava na změnu statutu zařízení . . . . .   | 33        |
| 6.3.3.3   | Současný stav plnění obecných požadavků na zdravotnická zařízení . . .   | 33        |
| 6.3.3.4   | Současný stav plnění požadavků na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení . . . . .                         | 33        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 6.3.3.5    | Současný stav plnění požadavků na minimální personální zabezpečení<br>zdravotnického zařízení . . . . . | 34        |
| 6.3.4      | Cílové skupiny . . . . .  | 35        |
| <b>7</b>   | <b>Diskuse</b>  | <b>43</b> |
| <b>III</b> | <b>Závěr</b>  | <b>46</b> |
| <b>A</b>   | <b>Dotazník použitý ve studii</b>   | <b>54</b> |
| <b>B</b>   | <b>Seznam zkratek</b>   | <b>60</b> |
| <b>C</b>   | <b>Návrh vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení</b>                             | <b>61</b> |
| <b>D</b>   | <b>Návrh vyhlášky o požadavcích na min. personální zabezpečení</b>                                      | <b>67</b> |
| <b>E</b>   | <b>Předpis č. 505/2006 Sb.</b>  | <b>71</b> |

# Seznam obrázků

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 2.1 | Sít nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011b) . . . . .             | 10 |
| 6.1 | Poměr zastoupení typů zařízení ve výzkumném souboru . . . . .   | 27 |
| 6.2 | Poskytování výkonů drogových služeb . . . . .   | 32 |
| 6.3 | <b>Vlevo:</b> Kontaktní centra, která uvažují o změně statutu; <b>Vpravo:</b> Terénní programy, které uvažují o změně statutu . . . . . | 32 |
| 6.4 | Aktuální stav splnění podmínky: Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatr . . . . .                  | 34 |
| 6.5 | Aktuální stav splnění podmínky: Adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu . . . . .                                   | 34 |
| 6.6 | Aktuální stav splnění podmínky: Klinický psycholog . . . . .  | 34 |
| 6.7 | Aktuální stav splnění podmínky: Všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent . . . . .   | 35 |

# Seznam tabulek

|      |   |    |
|------|---|----|
| 3.1  | Ambulantní pracoviště. (*) Orientačně cca 500 problémových (injekčních) uživatelů opiátů a pervitinu, 1000 problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů. Intenzivní uživatelé ostatních drog včetně léků mohou potenciálně tvořit další řádově stovky pacientů + jedno zařízení (lékařská ordinace nebo ambulance adiktologická nelékařská) na území kraje specializované na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let). | 17 |
| 4.1  | Seznam výkonů, které mohou být v rámci služby Terénní programy a Kontaktní a poradenské služby poskytovány (NMS, 2006)  | 20 |
| 6.1  | Základní údaje o výzkumném souboru  | 27 |
| 6.2  | Zastoupení zařízení/programů dle krajů. (*) Pozn.: Mapa pomoci (NMS, 2012)  | 28 |
| 6.3  | Zřizovatelé a poskytovatelé zařízení/programů, které se zapojili do studie  | 28 |
| 6.4  | Personální zabezpečení zařízení/programů, které se zapojili do studie   | 29 |
| 6.5  | Základní výkony zařízení/programů, které se zapojili do studie  | 31 |
| 6.6  | Zvláštní výkony zařízení/programů, které se zapojili do studie  | 36 |
| 6.7  | Zájem zařízení/programů, které se zapojili do studie o rozšíření statutu  | 37 |
| 6.8  | Informace o registrační proceduře v zařízeních/programech, které se zapojili do studie  | 37 |
| 6.9  | Přínos rozšíření statutu zařízení/programu, které se zapojili do studie   | 37 |
| 6.10 | Příprava na změnu statutu z zařízeních/programech, které se zapojili do studie  | 38 |
| 6.11 | Korelační koeficient u vybraných proměnných   | 38 |
| 6.12 | Obecné požadavky na zdravotnické zařízení   | 39 |
| 6.13 | Podmínky vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení ZZ  | 40 |
| 6.14 | Podmínky vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení ZZ  | 41 |
| 6.15 | Cílové skupiny  | 42 |

# Část I

## Teoretická část

# Úvod

Transformace současného systému adiktologické péče, zvláště transformace některých t. č. sociálních služeb do zdravotnictví je už řadu let tématem, kterým se zabývá nejen odborná adiktologická veřejnost. Jde o permanentní téma, které je právě v době tvorby a dokončování koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie velmi intenzivně řešeno nejen napříč sociálním rezortem a rezortem zdravotnictví.

Velkým tématem je tato oblast pro současné sociální služby typu kontaktních center i terénních programů, jejichž cílovou populací jsou osoby ohrožené závislostí na návykových látkách. Jejich způsob financování je dlouhodobě nevyhovující, protože nepodněcuje funkčnost a stabilitu systému adiktologických služeb. Větší propojenost a kombinace sociálních a zdravotních výkonů v rámci adiktologického zařízení by umožnila více využívat finanční zdroje (např. z veřejného zdravotního pojištění), čímž by se celý systém zjednodušil a získal by i větší stabilitu.

Významnou podmínkou transformace sociálních služeb do zdravotnictví je registrace zařízení jako zdravotnického zařízení. Na zdravotnické zařízení jsou ale kladeny podstatně jiné nároky než na zařízení sociálních služeb, a to především v oblasti technického a věcného vybavení a personálního zajištění provozu. A zvláště tyto rozdíly, přesněji řečeno možnosti a meze splnění těchto podmínek, jsou předmětem této práce.

Kromě odpovědi na otázku, jaké jsou limity a potenciál zařízení sociálních služeb úspěšně projít registračním procesem pro zdravotnická zařízení, je snahou zjistit, jestli mají stávající sociální zařízení o transformaci do zdravotnictví vůbec zájem, případně jestli o tomto procesu mají dostatek informací.

Ve čtyřech základních kapitolách teoretické části této práce se snažíme nastínit historickou, současnou i budoucí situaci v kontextu přístupu harm reduction, protože právě zařízeních drogových služeb provozujících aktivity/programy harm reduction se návrh koncepce ambulantní adiktologické péče dotýká nejvíce.

První kapitola práce se věnuje stručnému vymezení pojmů, se kterými operujeme ve všech částech textu. Ve vymezení těchto pojmů vycházíme z přesné definice, která může být dána zákonem nebo jde mezi odbornou veřejností o ustálený pojem, jehož definici jsme přizpůsobili účelům této práce. Druhá kapitola nabízí vymezení, historii a stručné seznámení s intervencemi harm reduction ve světě i u nás. Třetí kapitola diplomové práce osvětluje téma harm reduction v kontextu sociálních a zdravotních služeb s důrazem na adiktologickou ambulantní péči a její možný budoucí vývoj v České republice. Samotné transformaci, jejím výhodám a nevýhodám, se věnuje kapitola čtvrtá. Teoretická část práce je zakončena stručným shrnutím informací z předchozího textu.

Druhá část diplomové práce je věnována především výsledkům výzkumného šetření, které proběhlo v rámci diplomové práce v roce 2012 mezi kompetentními zaměstnanci z 60 českých kontaktních center a terénních programů.

Domníváme se, že jak teoretická část, tak výsledky z výzkumného šetření mohou přispět k lepší

orientaci a hlubšímu porozumění tématu transformace adiktologických sociálních služeb do zdravotnictví. Zároveň může být práce využita jako odrazový můstek pro další studie a šetření v oblasti kombinace zdravotních a sociálních adiktologických služeb.

# Kapitola 1

## Vymezení základních pojmů

### 1.1 Adiktolog

Adiktolog je nelékařská zdravotnická odbornost (viz zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění), která se zabývá prevencí, léčbou a/nebo minimalizací rizik a poruch působených užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných psychoaktivních látek včetně těch, působených hazardní hrou a patologickým hráčstvím. Odbornost má interdisciplinární charakter, v léčbě klientů/pacientů je používán komplexní přístup s využitím individuálně uplatňovaných specifických léčebných, edukativních a preventivních postupů včetně sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně podložena poznatky z výzkumu (Mravčík et al., 2012; Radimecký et al., 2009)

### 1.2 Adiktologie (obor)

Je nelékařský zdravotnický obor (viz zákon č. 96/2004 Sb.), který se na základě bio-psycho-sociálního modelu zabývá prevencí, léčbou a/nebo minimalizací škod působených užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných psychoaktivních látek včetně těch, působených hazardní hrou a patologickým hráčstvím (Radimecký et al., 2009; Mravčík et al., 2012).

### 1.3 Drogové služby

Drogové služby jsou komplex zdravotních, zdravotně sociálních, sociálních a/nebo edukativních intervencí poskytovaných jednotlivcům nebo skupinám uživatelů omamných a psychotropních látek, a/nebo jejich blízkým (Beránková et al., 2004).

### 1.4 Dostupnost služeb

Dostupnost služeb znamená, že kontakt se službami je možné navázat a udržovat bez nutnosti vytržení z kontaktu se svým přirozeným sociálním prostředím. Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny (Mravčík et al., 2012)



## 1.5 Harm reduction

Harm reduction zahrnuje intervence, programy a politiky, které mají snížit zdravotní, sociální a ekonomické škody užívání drog jednotlivce, komunity i společnosti. Základním principem harm reduction je rozvoj pragmatických řešení užívání drog prostřednictvím hierarchie intervenčních cílů, které kladou hlavní důraz na snižování škod související se zdravím osob, které se rozhodli pokračovat v užívání drog (EMCDDA, 2010).

## 1.6 HR aktivity

Pro účely této práce se pojmem „HR aktivity“ rozumí v nejširším slova smyslu aktivity a prostředky směřující k co největšímu možnému omezení zdravotních a sociálních rizik vyvstávajících v souvislosti se zneužíváním návykových látek.

## 1.7 Protidrogová politika

Souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní (Kalina a kol., 2001).

## 1.8 Sociální služby

Sociální služby jsou služby určené osobám v nepříznivé sociální situaci. Pojem „sociální služby“ je definován zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, paragrafem 3a. Pro účely této práce je brán zřetel především na dva typy sociálních služeb - Terénní programy a Kontaktní centra.

### 1.8.1 Terénní programy

Terénní programy jsou definovány § 69 jako terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

### 1.8.2 Kontaktní centra

Dle § 59 stejného zákona se kontaktními centry myslí nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem této služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

## 1.9 Transformace

Obecný význam pojmu je přetvoření, proměna nebo změna primární konstrukce (Kolektiv autorů, 1999). Pro účely této práce definujeme transformaci jako vytvoření podmínek pro poskytování zdravotní péče v

zařízení sociálních služeb specializovaných na adiktologickou klientelu. Nositelem transformace některých t.č. sociálních služeb do zdravotnictví bude profese adiktologa.

## 1.10 Veřejné zdraví (Public Health)

Veřejné zdraví je multidisciplinárním oborem, který využívá metod společenských i přírodních věd (Barták, 2010). Českou právní úpravou vymezen např. zákonem č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví jako zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Z filosofie Public Health a dalších humanistických přístupů, které jsou orientovány na člověka, vychází práce nízkoprahových kontaktních center, které zdůrazňují pozitivní potenciál člověka ke změně (Těmínová, 2008).

## 1.11 Zdravotní péče

Pojem „zdravotní péče“ je vymezen zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon č. 372/2011 Sb.). Jedná se jak o pouhá ošetření, tak o ambulantní léčbu ač už v bydlišti pacienta, nebo v nemocničním zařízení.

## 1.12 Zdravotnické zařízení

Zdravotnická zařízení (dále jen ZZ) jsou definována rovněž zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Jde o soubor hmotných, osobních i nehmotných složek pro poskytování zdravotní péče. Podle zřizovatele, resp. provozovatele rozlišujeme dva základní typy zdravotnických zařízení.

### 1.12.1 Veřejná zdravotnická zařízení

Zřizovatelem veřejného zdravotnického zařízení jehož jménem ho zřizují územněsprávní celky (kraj nebo obec), právnická osoba, fyzická osoba nebo i více uvedených zřizovatelů najednou. Hlavní činnost veřejného zdravotnického zařízení není podnikání a jeho cílem tak není tvořit zisk. Veškerý zisk vytvořený hlavní i doplňkovou (která musí navazovat na hlavní činnost) činností musí být použit k zajištění činnosti hlavní.

### 1.12.2 Nestátní zdravotnické zařízení

Nestátním zdravotnickým zařízením se rozumí takové zdravotnické zařízení, jehož provozovatelem není stát. Provoz nestátních zdravotnických zařízení je upraven zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který dovoluje poskytovat zdravotní péči pouze v rozsahu a způsobem odpovídajícím jeho odborné způsobilosti, tj. pouze pro ten druh a rozsah péče, který je uveden v registraci.

## Kapitola 2

# Harm reduction

### 2.1 Charakteristika přístupu harm reduction

Z definice Public health v kapitole 1.3 vyplývá, že harm reduction vychází z humanistických přístupů, které jsou orientovány na člověka (Těmínová, 2008), ale opírá se i o model veřejného zdraví (EMCDDA, 2010). Jedná se tedy o zdravotnické téma, což je fakt, který by v žádném případě neměl být opomenutý a tato práce toto tvrzení hájí.

Vymezení pojmu „harm reduction“ Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti, které nabízíme v první kapitole, není ale zdaleka jedinou definicí ani jediným úhlem pohledu. Jednotná definice, na které by se shodli zástupci různých oborů po celém světě neexistuje. Angloamerický pojem „harm reduction“ (dále jen HR), se kterým se setkáváme od 80. let minulého století (Newcombe, 1987) se většinou do češtiny nepřekládá. Můžeme setkat s ekvivalenty „snížování rizik“, „minimalizace rizik/poškození“ nebo „risk reduction“. Výraz „harm reduction“ je ale termínem mezinárodně nepoužívanějším a nejrozšířenějším (Janíková, 2008).

Na začátku 90. let, kdy se s tímto pojmem setkáváme stále častěji, se definice Národního institutu pro zneužívání drog (NIDA) vztahovala výhradně na nelegální drogy: HR definovala jako model a strategii vytvořenou k redukci destruktivního chování, které je spojeno s užíváním drog a příbuznými sociálními problémy.

Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA, 2010) tuto definici významně rozšiřuje a pojmem HR označuje „koncepty, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s tímto užíváním přestat“. Podle této definice je tedy určujícím rysem spíše důraz na prevenci rizik a škod, tzn., že více než na prevenci užívání drog je pozornost zaměřena na osoby, které drogy aktuálně užívají.

Mezinárodní program poškození zdraví spojené s užíváním drog<sup>1</sup> (IHRD) považuje HR přístup „za pragmatický a humanistický a kladoucí důraz na lidská práva, zdravý úsudek a veřejné zdraví“ (IHRD, 2000). Staníček et al. (2002) pragmatičnost tohoto přístupu definuje jako snahu nepracovat tolik s emocemi, ale naopak stavět na první místo účinnost metod. Jinými slovy primárně dbá na evidence based<sup>2</sup> přístup. Pokud se budeme ještě dále zabývat definicí HR, měli bychom zmínit upozornění NTA (2008), která mluví o „myšlenkovém směru“. Spojení „harm reduction movement“ (hnutí) bývá používáno jako protiklad k „war on drugs“ (válka proti drogám), tento přístup se vyznačuje nulovou

<sup>1</sup>Tento projekt je součástí programů na podporu veřejného zdraví Open Society Institute a je v úzké spolupráci s Drug Policy Foundation

<sup>2</sup>založený na důkazech

toleranci k užívání drog (Janíková, 2008<sup>3</sup>).

Odborná veřejnost v naší zemi vychází z obou definicí a HR považuje za přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k abstinenci (Kalina, 2001).

Interpretací termínu HR je mnoho. Kromě již zmíněných definicí lze tento pojem chápat i z širšího pohledu. Marlatt (1996) vymezil HR do čtyř obecnějších bodů, které formuloval jako centrální principy, předpoklady a hodnoty HR: (1) HR jako alternativa veřejného zdraví k nemocem, morálním i trestním modelům souvisejícím s užíváním drog a závislosti, (2) přístup uznávající abstinenci jako ideální výsledek, který ale připouští i další alternativy, které vedou ke snižování škod, (3) princip prosazující "bottom-up" přístup, který je založený na racionální podpoře uživatele drog, spíše než na "top-down" jež prosazuje represivní postoj a v neposlední řadě (4) chápe HR jako princip nízkoprahového přístupu ke službám, jako alternativu k tradičnímu vysokoprahovému postoji.

## 2.2 Historie přístupu harm reduction

Téma HR začalo být aktuální ve stejnou dobu, kdy se začalo mluvit o viru HIV a kdy byla pojmenována i hrozba šíření tohoto viru, především mezi injekčními uživateli drog a riziko následného rozšíření mezi všeobecnou populaci (AddictionInfo, 2005).

Samotný přístup HR se ale začal objevovat už první polovině 20. století, okolo roku 1920, kdy skupina předních britských lékařů z Rollestonovy komise<sup>4</sup> došla k závěru, že v některých případech je užívání návykových látek, především heroinu a kokainu, nezbytné pro vedení plnohodnotného života. Některé návykové látky se tak staly s předpisem od lékaře běžně dostupné. Závěry nicméně taktéž obsahovaly formulaci o nutnosti vyvinout „nejvyšší možné úsilí o vyléčení závislosti“. Tuto praxi většina západoevropských zemí víceméně převzala. Např. ale v USA bylo takovéto jednání považováno za trestný čin, a do roku 1939 za něj bylo souzeno 25 000 lékařů (Bečka, 2009).

Ve stejné souvislosti se ve Velké Británii se začala rozvíjet také metoda streetwork<sup>5</sup>, která se do té doby používala v sociální práci s jinými cílovými skupinami. (Staníček et al., 2002).

V druhé polovině 20. století, v 80. letech se jako reakce na rozšíření injekčního užívání (především heroinu), v kontextu s již zmíněnou epidemií HIV/AIDS a infekčních hepatitid, vyvinul za přispění liverpoolských klinických specialistů, lékárníků a policie jedinečný model, který umožňoval komplexní přístup ke klientovi spočívající v předepisování léků, výměnu injekčního materiálu, který navíc upřednostňoval pomoc uživatelům drog před jejich trestáním a perzekucí. Tzv. Mersey Harm Reduction Model se používá jako vzorová strategie pro práci s aktivními uživateli dodnes. (Addictioninfo, 2005)

Zhruba ve stejnou dobu, v roce 1972 byl v Nizozemsku zveřejněn dokument, který vypracovala Pracovní skupina pro narkotika<sup>6</sup>. Dokument upozorňuje na potřebu zabývat se riziky spojenými s užíváním drog. O čtyři roky později došlo v Nizozemí k přijetí zákona, na kterém se významně podílela organizace Junkiebond (složená ze samotných uživatelů), který rozlišoval drogy na dvě skupiny: s nepřijatelným rizikem (heroin, kokain, amfetaminy, LSD) a nižším rizikem (marihuana, hašiš) (Marlatt, 1996).

V důsledku těchto legislativních změn došlo k rozvoji sociálních služeb, jejichž činnost a aktivity

<sup>3</sup>citováno dle Tammi, T. (2004). The harm reduction school of thought: free fractions.

<sup>4</sup>v originále Rolleston Committee

<sup>5</sup>Streetwork je jedna z metod sociální práce, která se začíná vyvíjet na přelomu 19. a 20. století. Hlavním důvodem vzniku takto specifického přístupu bylo zjištění, že ve sféře zájmu sociální práce jsou skupiny, které tradičně postavenou nabídku ignorují, nebo ji neumějí přijímat. V Evropě se tato metoda začíná objevovat v poválečném období a plně rozvíjet se začne v 60. letech (Staníček, Hrdina, Kalousek, 2002).

<sup>6</sup>v originále Narcotics Working Party

začaly být více komplexnější. Prioritou se stala eliminace rizikového chování uživatelů. Kromě toho se tyto služby snažily zlepšovat sociální a bytovou situaci svých klientů. V roce 1984 byl v Amsterdamu spuštěn první program na výměnu jehel na kterém se podílely městská zdravotnická zařízení ve spolupráci s organizací Junkiebond.

Zatímco především v západní Evropě je od 80. let ve většině zemí přístup k injekčnímu užívání a s ním spojeným zdravotním rizikům pragmatický a komplexní, čili humanistický vůči samotným uživatelům, v Severní Americe je tento přístup relativně nový. Metadonové programy zde sice fungují již od roku 1960, ale na metadonovou substituci bylo pohlíženo spíše jako na minimalizaci rizik pro společnost, obvykle v souvislosti se snižováním kriminality a práceschopností uživatelů. Šíření viru HIV, zvláště mezi injekčními uživateli opiátů, vedly ale k přehodnocení stávajících substitučních programů.

Od konce 90. let minulého století je strategie HR oficiálně jedním ze čtyř pilířů evropské drogové politiky (MPK, 2000), ale v některých zemích (např. v asijských státech) je i běžná výměna injekčních setů stále považována za protiprávní čin (Friedman, 2010).

Co se týče historie HR na našem území, tak ačkoli první specializované pracoviště pro léčbu ryze nealkoholových závislostí (Středisko drogových závislostí) v Československu vzniklo už v roce 1978 (Bém, 2003), první výměnný program začal fungovat až v roce 1986. První zařízení poskytující HR aktivity začaly vznikat až v první polovině 90. let. V roce 1993 vzniklo první kontaktní centrum občanského sdružení Sananim, o rok později byly stejnou organizací zavedeny i terénní programy (OS Sananim, 1994; Janíková, 2011). Ve stejnou dobu se objevily i první pokusy zavést v České republice metadonovou substituci, začátky se ovšem neobešly bez problémů s legislativou (Janíková, 2011; Bečka, 2009). Metadon jako substituční přípravek je u nás regulérně dostupný od roku 1997 (Bečka, 2009), od r. 2000-2001 je k dispozici i buprenorfin<sup>7</sup> (Subutex®<sup>8</sup>), od roku 2008 přibyl ještě substituční preparát Suboxone®<sup>9</sup> (NMS, 2010).

## 2.3 Intervence harm reduction

Shoda na začlenění přístupu harm reduction v systému prevence se dle různých odborníků (Kudrle, 2008; Kalina, 2001; Bednářová et Pelech, 2000) liší. Obecně lze tvrdit, že přístupy HR si kladou cíle v rozmezí sekundární i terciární prevence. V oblasti sekundární prevence se zaměřuje na práci s rizikovými skupinami a jednotlivci, v terciární prevenci pak na snižování zdravotních a sociálních rizik, spolupráci s probační službou a na výkon alternativních trestů

Mezi nejpoužívanější postupy přístupu HR patří výměna použitého injekčního materiálu za sterilní, poskytování informací, kontaktní a poradenská práce, edukace, distribuce kondomů, substituční léčba. Pod tento přístup řadíme také projekty aplikačních místností, které jsou v mnohých zemích velmi kontroverzním tématem (Kalina, 2001).

I když se v přístupu HR využívá mnohých totožných prvků, které jsou využívány v rámci strategií Public Health (viz kapitola 1), v tomto případě se jedná o přístup individuální, zaměřený především na individuální potřeby a perspektivy klienta (Kalina, 2003). Přístup HR spadá především do oblasti terciární prevence a ve čtyřstranném modelu protidrogové politiky je uveden jako jeden ze čtyř pilířů

<sup>7</sup>Buprenorfin má podobné účinky jako jiné opioidy. Zabraňuje vzniku abstinčních příznaků a chuti na drogu a omezuje účinky jiných opiátů. Vyznačuje se rovněž dlouhou dobou účinnosti (Verster a Bunning, 2007).

<sup>8</sup>Subutex® je buprenorfin ve formě tablet, které se rozpouští slinami (dávají se pod jazyk) a ve vodě (Verster a Bunning, 2007).

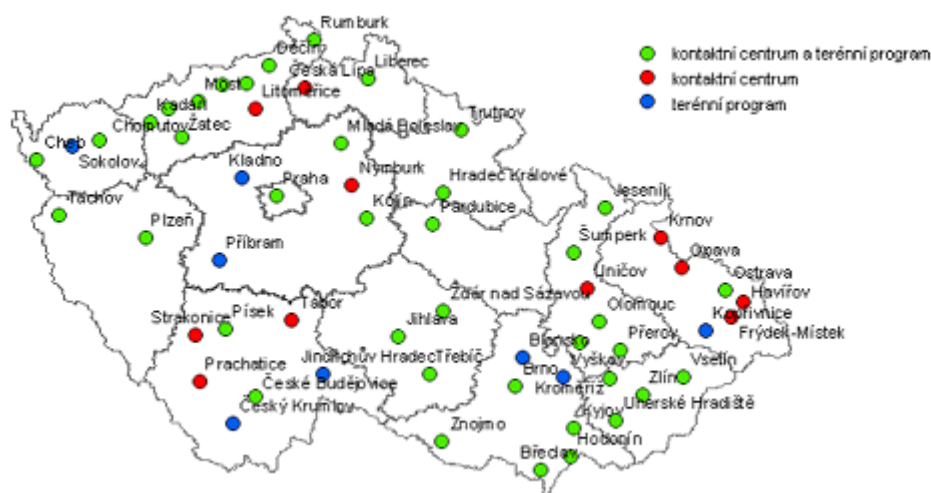
<sup>9</sup>Suboxone® obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. Díky naloxonu, který je antagonistou opioidních receptorů, se výrazně omezuje možnost injekčního zneužití přípravku. Suboxone doplnil na českém trhu přípravek Subutex (NMS, 2010).

spolu s represí a kontrolou, primární prevencí a léčbou a resocializací (Kalina, 2003) a je prospěšný pro uživatele drog, pro jejich rodiny i pro celou společnost (IHRA, 2010).

### 2.3.1 Realizace harm reduction aktivit v ČR

Přístup HR je v ČR realizován zejména v rámci terénních programů a kontaktních center. Do spektra obou těchto typů služeb dle standardů patří mimo jiné i kontaktní práce, při které dochází k navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních potřeb a hlavních problémů. Navázaný kontakt lze prohloubit v rámci základního poradenství, s důrazem na změnu rizikových vzorců chování u klienta. Týká se to zejména zdravotního stavu klientů, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, dále informace o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informace o dalších institucích, možnost zprostředkování léčby (Libra, 2003).

V roce 2010 bylo v ČR nízkoprahových kontaktních center a terénních programů, které tvoří zdravotně sociální síť péče pro aktivní uživatele drog celkem 96 (Mravčík et al., 2011). Geografické znázornění nabízí obrázek č. 2.1.



Obrázek 2.1: Síť nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011b)

#### Kontaktní centra

Pro aktivní uživatele jsou ve většině zemí Evropy, ale i jinde na světě k dispozici tzv. nízkoprahová centra. Tato centra poskytují kontaktní služby, poradenství, motivační trénink, programy HR, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování detoxifikace a ústavní nebo ambulantní léčby. Cílovou skupinou jsou uživatelé drog – závislí a problémoví klienti, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí. Nízkoprahová centra jsou často „dveřmi do systému služeb“, respektive jsou první službou, kterou tito uživatelé využijí. Od klientů není vyžadována abstinence, zařízení tak plně respektuje volbu klienta užívat návykové látky. V rámci snahy odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce je klientům umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k navázání kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (Libra, 2003).

**Základní poskytované služby v nízkoprahových kontaktních centrech** (Šťastná, 2011<sup>10</sup>):

- kontaktní práce,
- výměnný program stříkaček a jehel,
- základní zdravotnický servis,
- hygienický servis,
- testy HIV, prevence HIV/AIDS,
- poskytování kondomů,
- vitamínový a potravinový servis (voda, čaj, polévka, pečivo),
- sociální práce,
- poradenství, motivační trénink,
- krizová intervence,
- telefonické poradenství, telefonická krizová intervence,
- pracovní programy,
- asistence při jednání s úřady,
- probační práce (ochranná ambulantní léčba).

Tyto služby jsou rovněž definovány v § 24 vyhláškou 505/2006 Sb. (viz příloha)

### **Terénní programy**

Pro klienty, kteří nejsou v kontaktu s existujícími službami a které se nedaří efektivně oslovit tradiční formou přes kontaktní centra, je optimální použití specifické sociální práce, která probíhá v terénu<sup>11</sup>. Tzv. terénní programy se zaměřují na ty jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími službami a kteří ale potřebují odbornou pomoc (Rhodes, 1999).

Většina uživatelů drog není v kontaktu s existujícími službami a často se nedaří tuto populaci účinně oslovit existujícími způsoby intervencí, případně existující služby neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. Terénní programy se jinými slovy zaměřují na těžko dostupnou populaci, tj. na klienty, kteří nejsou v kontaktu s žádnými službami. Nejrizikovějšími cílovými skupinami jsou skupiny mladých uživatelů drog (EMCDDA, 2001).

Terénní práce je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb, a to šíření informací o možných zdravotních rizicích, podporování změn směrem od rizikového chování a udržení pozitivní změny v chování (Rhodes, 1999), podle českých Standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2003) ale není nutné aby zařízení, které tento program zajišťovalo, mělo statut zdravotnického zařízení.

<sup>10</sup>studie byla provedena v nízkoprahových zařízeních Praze

<sup>11</sup>v klientově přirozeném prostředí

**Základní poskytované služby v terénních programech** (Šťastná, 2011<sup>12</sup>):

- výměnný program injekčních stříkaček a jehel,
- sběr použitých injekčních stříkaček na veřejných místech,
- distribuce kondomů, desinfekčních tamponů, filtrů, sterilní vody, alobalu,
- poradenství ohledně zdravotních rizik spojených s užíváním drog, poskytování informací o bezpečném braní, o bezpečnějším sexu, motivační trénink ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
- zdravotní ošetření,
- potravinový a vitamínový servis,
- sociálně-právní poradenství,
- reference do sociálních a zdravotnických zařízení,
- testy HIV, VHC, těhotenské testy,
- distribuce letáků o nebezpečích spojených s užíváním drog.

Tyto služby odpovídají typovému standardu „Terénní programy“ a jsou rovněž definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb.

---

<sup>12</sup>studie byla provedena v nízkoprahových zařízeních Praze



## Kapitola 3

# Harm reduction v ČR v kontextu zdravotních a sociálních služeb

### 3.1 Současná situace užívání návykových látek v České republice (epidemiologie)

Podle výsledků různých epidemiologických studií (např. ESPAD<sup>1</sup>, 2007; Mravčík et al., 2011) jsou zkušenosti obecné populace s nelegálními drogami víceméně ustálené. V obecné populaci mají dospělí nejčastěji alespoň jednu zkušenost za život s konopnými látkami (23 – 34 %). „Naopak 9,5 % těchto uživatelů (12,2 % mužů a 5,0 % žen) se ale užíváním konopných drog vystavuje značnému riziku a bylo by tedy vhodné, aby jim byla poskytnuta odborná intervence“ (Mravčík et al., 2011). Relativně častá je mezi dospělými zkušenost s extází (4 – 10 %). S jinou nelegální drogou má zkušenost méně jak 4 % dospělé populace. Aktuální prevalence (užití látky v posledním měsíci) mezi mladými dospělými je nižší než 1 % (Mravčík et al., 2011).

Na druhou stranu vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů drog. Střední odhad se pohybuje okolo 39,2 tisíc uživatelů, což představuje 0,5 % české dospělé populace. Téměř ¾ této skupiny tvoří problémoví uživatelé pervitinu, jejichž počet se v roce 2010 významně statisticky zvýšil. Počet problémových uživatelů opiátů se naopak ve stejném roce snížil (11 tisíc). „Velmi rozšířeno je injekční užívání Subutexu® a běžné je i současné užívání pervitinu a opiátů“ (Mravčík et al., 2011).

Podle české Výroční zprávy o stavu ve věcech drog (2011) většina této problémové (37,2 tisíc populace užívá drogy injekčně a jejich počet se za poslední rok taktéž zvýšil. Podle dostupných údajů ale mezi injekčními uživateli drog dlouhodobě klesá míra rizikového chování (např. sdílení jehel). „Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Hl. m. Praha a Ústecký kraj“ (Mravčík et al., 2011).

Pokud jde o užívání alkoholu v ČR, ve věkové skupině 18 – 64 let, je odhadem ve značném riziku závislosti nebo už závislých 50 – 150 tisíc dospělých, z toho 40 – 135 tisíc mužů a 7 – 10 tisíc žen). Odhady počtu dospělých, kteří užívají alkohol rizikově nebo škodlivě se u nás pohybuje v intervalu od 990 tisíc až 1,4 milionu (z toho 800 tisíc až 1 milion mužů a 220 – 320 tisíc žen) (Mravčík et al. 2012; Mravčík et al., 2011).

---

<sup>1</sup> Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která je zaměřena na užívání alkoholu a jiných návykových látek (tabáku a nelegálních drog) mezi mládeží ve věku 15-16 let.

„Programy harm reduction, terénní programy, a poradenství jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém” (ČLS J.E.P., 2008). Samotná sociální péče ale nemůže naplnit požadavky bio-psycho-sociálního modelu léčby závislosti, proto je třeba tento stav koncepčně řešit, v optimálním případě kombinací právě se zdravotnickým systémem. Cílem a přínosem této práce je zjistit připravenost současných sociálních služeb, které poskytují HR služby na případnou transformaci, lépe řečeno, stav připravenosti na kombinaci zdravotních a sociálních služeb.

### 3.2 Legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek

Kombinace sociálních a zdravotnických služeb v péči o uživatele návykových látek je v kontextu uplatňování bio-psycho-sociálního modelu závislosti určitě na místě a v praxi se tak nezřídka i děje. Tyto snahy ale komplikuje legislativním zakotvení stávajících služeb, které se díky němu překrývají, namísto aby se doplňovaly.

Terénní programy a kontaktní centra jsou definovány zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) jako nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Jejich cílem je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Jejich základní činností jsou dle tohoto zákona sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Tento zákon rovněž stanovuje systém jejich financování, zajištění kvality i dostupnosti.

Legislativní podmínky pro poskytování adiktologických služeb ve zdravotnictví vytváří zákon o zdravotnických službách (č. 372/2011 Sb.), který v legislativním vymezení léčby závislosti v dubnu 2012 nahradil dlouhodobě nevyhovující zákon o péči zdraví lidu (č. 20/1966 Sb.). V souladu se zákonem o zdravotnických službách je v procesu novelizace i zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (č. 379/2005 Sb.), který systematicky sjednocuje a upravuje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století a vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol. Než bude tento zákon v platnosti, definuje rezort zdravotnictví zákonem č. 379/2005 mimo jiných služeb terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé; kontaktní a poradenské služby i ambulantní léčbu závislosti na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách.

Nově navrhovaná koncepce sítě adiktologických služeb ve zdravotnictví (Mravčík et al., 2012) díky předefinování typů, rozsahu a podmínek poskytování péče, už s tímto nesouladem pracuje.

V nadcházejících kapitolách se proto zaměříme na ambulantní adiktologickou péči, která je stěžejním tématem této práce.

### 3.3 Ambulantní péče v adiktologii

„Specializovaná a komplexní ambulantní léčba je klíčovou součástí sítě adiktologických služeb” (Vacek et al., 2009; Radimecký et al., 2009). U nás má tato systémová složka péče poměrně dlouhou tradici, navzdory tomu, nebo možná právě kvůli tomu není současný stav, jak dokazují následující kapitoly, v optimálním stavu.

### 3.3.1 Historický exkurz

Před rokem 1989 byla ambulantní adiktologická péče zajišťována téměř výhradně ve státních zdravotnických zařízeních (Mravčík et al., 2012). Ve Skálově historickém přehledu léčby závislostí (2003) se můžeme dočíst, že první protialkoholní poradna u nás byla zřízena už v roce 1910, i když v Brně fungovala jen 5 let. O několik let později, v roce 1928 bylo podobné zařízení otevřeno v Praze Vršovicích, později i v Nuslích a na Vinohradech. Následně pak vznikaly po celém Československu desítky a desítky dalších. V roce 1956 byly protialkoholické poradny začleněny do psychiatrických poliklinik. V roce 1971 zahájilo činnost Středisko drogových závislostí (SDZ) při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze, které se později rozšířilo do větších měst po celé republice. Začátkem 80. let tyto zařízení poté převzaly klienty závislé na nealkoholových látkách, nejčastěji na pervitinu a braunu (Bečka, 2009).

Ještě v roce 1982 tvořilo tuto síť v tehdejší Československu 233 AT ordinací. Po roce 1989 jejich počet klesl na čtvrtinu. Tento rozpad byl zapříčiněn především tehdejšími opatřeními ministra zdravotnictví Loma, které znevýhodňovalo provozovatele AT ambulancí v čerpání státních dotací (Mravčík et al., 2012). Vzniklý prostor začaly částečně nahrazovat nově vznikající komunitní služby (kontaktní a poradenská centra, terénní programy), které zřizovali pracovníci nestátních nezdravotnických organizací (dále jen NNO), které byly ale víceméně určeny pro uživatele ilegálních drog. Tyto služby se postupně plně profesionalizovaly, zároveň ale nedokázaly pokrýt zbývající spektrum adiktologické klientely (Radimecký et al., 2009).

Některé z programů NNO mají statut zdravotnického zařízení, některá dokonce poskytují substituční léčbu. NNO jsou částečně dotovány ze státního rozpočtu<sup>2</sup>. V roce 2010 bylo takovýchto programů v ČR 13 a poskytovaly služby více jak 1800 klientům (Mravčík et al., 2011).

### 3.3.2 Současný stav

Podle Výroční zprávy za rok 2010 (Mravčík et al., 2011) počet psychiatrických ambulancí vykazujících léčbu uživatelů alkoholu a dalších drog vzrostl téměř o třetinu na 453 zařízení. Za AT ambulance však můžeme považovat maximálně 50–70 z nich.

Slabinou stávající sítě ambulantní péče je skutečnost, že služby poskytuje odděleně uživatelům alkoholu, tabáku a jiných psychoaktivních látek. Systém je nahodilý a roztříštěný, nezajišťuje dostupnost a potřebnou kvalitu služeb adekvátní jednotlivým typům klientů, a tím je navíc velmi nákladný (Radimecký et al., 2009).

Přední odborníci z řad Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. (ČLS J.E.P., 2008) se shodují, že ambulance pro návykové nemoci, respektive „AT ambulance, by měly i nadále zaujímat centrální úlohu v poskytování ambulantní péče v oblasti adiktologie, v optimální podobě 1,5/100.000 obyvatel“. To by v případě ČR, která má více jak 10 500 000 obyvatel (ČSÚ, 2012) představovalo téměř 160 zařízení. Pokud tedy srovnáme toto číslo s počtem AT ambulancí, které reflektuje NMS (2011), z laického pohledu chybí naší zemi přibližně 100 ambulantních zařízení pro cílovou skupinu klientů s problémy spadajícími do oboru adiktologie.

Lékařskou ambulantní péči tak dnes většinou zajišťuje ambulance psychiatrická, někde dokonce ambulance praktického lékaře. Lékařů specializovaných přímo v oboru „návykové nemoci“ je málo<sup>3</sup> a „stěží by byli schopni zajistit konzultační službu v rozsahu jednoho lékařského místa v jednom kraji“ (ČLS J.E.P., 2008). Jak také dokazují epidemiologická data z kapitoly 3.1 této práce, rozsah ambulantní péče

<sup>2</sup>dotace od RVKPP

<sup>3</sup>K 31.12.2009 evidoval ÚZIS 1465 lékařů oboru psychiatrie (z toho 38 lékařů s nástavbovou specializací „návykové nemoci“ z celkem 38 818 lékařů pracujících v ČR (ÚZIS, 2010).

v adiktologii není v současné době plněn v potřebném rozsahu. Situaci taky komplikuje fakt, že „řada privátních psychiatrů není ochotna systematicky poskytovat (nebo vykazovat) péči v oboru adiktologie, přestože ji má s plátcí zdravotní péče nasmlouvanou” (Mravčík et al., 2012). Zdůvodnění této situace je nasnadě: tito psychiatři mají dostatek pacientů s ostatními psychiatrickými diagnózami a práce s touto složitou klientelou by jim komplikovala provoz ordinace (např. Vacek et al., 2009) .

### 3.3.3 Možný budoucí vývoj

Z dokumentu Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. o koncepci oboru (2008) také vyplývá následující návrh řešení současné situace: Rozšířit současnou síť „lékařských adiktologických ambulančí“ o systémově zakotvené nelékařské adiktologické ambulance, které by plnily úkoly v rozsahu svých odborných kompetencí, a to především v oblasti snižování zdravotních a zdravotně-sociálních škod z užívání návykových látek („harm reduction“), adiktologického poradenství (včetně práce s motivací) a intermediární péče. Kooperace s lékařem, např. při komplexní psychopatologické a somatické diagnostice, farmakoterapii, posudkové problematice) by zde měla být dostatečně zajištěna smluvně začleněným lékařem – specialistou v oboru návykové nemoci, případně příslušně proškoleným psychiatrem. Tento mechanismus by plošně zajistil dostupnou a garantovanou síť ambulantních služeb. Tato ambulantní síť by pak mohla poskytovat i širší spektrum činností, jako např. depistáž osob ohrožených užíváním návykových látek, včasná intervence, adiktologické poradenství a intermediární služby.

Nelékařskou adiktologickou péčí by zajišťoval nositel odbornosti „adiktolog“ (viz definice kapitola 1.1) Optimální počet nelékařských adiktologických ambulančí by měl být 3/100.000 obyvatel (ČLS J.E.P., 2008)

S podobným návrhem přichází i Radimecký a kolektiv v roce 2009, který je později rozpracován v *Koncepci sítě zdravotních služeb oboru adiktologie* (Mravčík et al., 2012). Cílem této koncepce by mělo být vytvoření provázané sítě specializované a superspecializované péče. Síť by měla nabízet celé spektrum zdravotních adiktologických služeb a zdravotní péče a měla by maximálně využívat hlavně aktivních lékařských úvazků.

Z výše zmíněného dokumentu jsou pro účely naší práce relevantní návrhy ambulantních pracovišť, které autoři rozdělili do tří typů:

- 1) Adiktologické ambulantní zařízení lékařské (lékařská ordinace pro návykové poruchy).
- 2) Adiktologické ambulantní zařízení zdravotnické nelékařské (adiktologická ambulance).
- 3) Adiktologický stacionář (lékařský či nelékařský).

Tento návrh vychází z postupné transformace kontaktních center v některých lokalitách, které by rozšířily svoje cílové skupiny klientů a rozšířily by i profil poskytovaných služeb. Výsledkem by byla síť superspecializovaných ambulantních pracovišť, která by pokrývala veškeré potřeby (z hlediska ambulantní zdravotně – sociální péče) jednotlivých regionů ČR všem skupinám uživatelů psychoaktivních látek, patologickým hráčům a osobám strádajícím v důsledku podobných poruch. Tématu rozšíření cílových skupin kontaktních center a terénních programů se věnujeme v kapitole 6.3.4.

Přiblížení návrhu těchto ambulantních pracovišť nabízí tabulka 3.1 (Mravčík et al., 2012).

| Typ péče                     | Název zařízení                         | Cílová skupina  | Personální obsazení   | Hlavní typy intervencí  | Minim. rozsah a dostupnost |
|------------------------------|--|---|---|---|----------------------------|
| <b>Lékařská ambulantní</b>   | Lékařská ordinace pro návykové poruchy | Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči | Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie a s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí v úvazku min. 0,5; doporučené zdrav.sestra, adiktolog, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi   | Léčebná a preventivní péče, farmakoterapie, individuální a skupinová psychoterapie, edukace, sociální práce – komplexní přístup   | 1/100 tisíc *              |
| <b>Nelékařská ambulantní</b> | Adiktologická ambulance                | Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči | Vedoucí adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí), doporučené zdrav.sestra, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem  | Zdravotní péče - minimalizace rizik, včasná diagnostika a intervence, edukace, skupinová práce, individuální poradenství, sociální práce, externě zajištěná psychiatrická a psychol. péče – komplexní přístup | 1/100 tisíc *              |
| <b>Stacionární</b>           | Adiktologický stacionář                | Problémoví uživatelé alkoholu, léků, nelegálních drog a tabáku, patologičtí hráči | Vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie event. s nástavbovou atestací v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog, nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s atestací v oboru návykových nemocí), doporučené zdrav.sestra, případně i zdrav. asistent nebo doplnění nezdravotnickými profesemi zejména sociálním pracovníkem | Skupinová psychoterapie, principy terapeutické komunity, režim, sociální práce, psychologická diagnostika a péče, (externě zajištěná) psychiatrická péče  | 1/územní kraj              |

Tabulka 3.1: Ambulantní pracoviště. (\*) Orientačně cca 500 problémových (injekčních) uživatelů opiátů a pervitinu, 1000 problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů. Intenzivní uživatelé ostatních drog včetně léků mohou potenciálně tvořit další řádově stovky pacientů + jedno zařízení (lékařská ordinace nebo ambulance adiktologická nelékařská) na území kraje specializované na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let).

### 3.3.4 Kombinace sociálních a zdravotních služeb v adiktologické ambulantní péči

Jak bylo řečeno v kapitole o možném vývoji ambulantních služeb, optimalizace současné sítě vyžaduje transformaci části stávajících zařízení tak, aby byla personálně i technicky schopna zajišťovat zdravotní služby a přiměřeně je kombinovat s odpovídajícími sociálními službami. Předpokladem této optimalizace je postupná transformace kontaktních center, které splní požadované podmínky na ZZ a která by de facto rozšířila cílové skupiny a tomu odpovídající profil služeb.

Poskytování odborné péče vyžaduje splnění několika různých podmínek, které jsou legislativně dány. V rámci protidrogové politiky byl v posledních letech kladen zvláštní zřetel na standardizaci kvality poskytování adiktologické péče (např. odborná způsobilost personálu nebo odpovídající technické vybavení zařízení), která by mohla usnadnit popsany proces transformace adiktologických služeb.

#### 3.3.4.1 Certifikace

V roce 2005 byl schválen usnesením vlády schválen systém odborné způsobilosti služby pro uživatele drog, tzv. certifikace. Tento systém certifikací slouží k posouzení a formálnímu uznání, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti (standardům). V tomto procesu jsou služby posuzovány externími hodnotiteli podle kritérií stanovených schválenými standarty, kteří následně udělí či neudělí certifikát o jejich naplnění (Beránková et al., 2004). V ČR je takto certifikovaných 53 kontaktních a poradenských služeb a 52 terénních programů (CEKAS<sup>4</sup>, 2011)

Silnou stránkou standardů je, že prismatem bio-psycho-sociální modelu závislosti a důsledným uplatněním multidisciplinárního přístupu nastavují vhodnou pozici pro uplatnění požadavků univerzality a flexibility adiktologických služeb (Mravčík et al., 2012).

#### 3.3.4.2 Registrace

Registrace - oprávnění k poskytování sociálních služeb je povinná, což vyplývá ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. O registraci rozhoduje příslušný krajský úřad na základě písemné žádosti poskytovatele služby (u zařízení zřizovaných krajem o registraci rozhoduje MPSV). Kromě podání písemné žádosti je nutné splnit i další podmínky, které vyplývají ze stejného zákona – např. bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby, zajištění hygienických podmínek, vlastnické nebo jiné právo k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby nebo zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb.

Inspekci sociálních služeb provádí Krajský úřad, případně MPSV. Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Požadavky na odbornou způsobilost programů /služeb se překrývají s certifikačním systémem RVKPP (Mravčík et al., 2012).

<sup>4</sup>CEKAS je zkratka Centra pro kvalitu a standardy v sociálních službách při Národním vzdělávacím fondu o.p.s., které bylo založeno v říjnu 2003

## Kapitola 4

# Transformace současné ambulantní adiktologické péče do zdravotnictví

Poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb by mohlo vést k vytvoření vyhovující sítě ambulantní adiktologické péče. Pro tuto transformaci do zdravotnictví je ale potřeba některým t.č. sociálním službám vytvořit vhodné podmínky.

### 4.1 Výkony drogových služeb

Jedna ze současných bariér v dostupnosti ambulantních zařízení adiktologické péče, je malá ekonomická lukrativnost, respektive nerentabilita pro jejich provoz. Ta je dána nedostatečnou úhradou z prostředků veřejného zdravotního pojištění, protože chybí definice a úhrada specifických výkonů (Mravčík et al., 2012).

Až do roku 2006 kdy vyšla publikace „*Seznam a definice výkonů drogových služeb*“ (NMS, 2006) neexistoval v ČR žádný materiál, ve kterém by byly sjednoceny a definovány výkony a minimální požadavky na provádění těchto výkonů v drogových službách. Seznam výkonů a jejich definice z tohoto materiálu stále nejsou definitivní, ale i tak se tento dokument stal podnětem a podkladem pro certifikaci i pro odbornou diskuzi na toto téma.

Výkon je zde definován jako „*časově ohraničená jednotka práce s klientem*“. Výkony jsou rozděleny do dvou typů – průřezové a specifické.

Průřezové výkony jsou takové výkony, které jsou společné většině (případně všem) typům drogových služeb. Příkladem průřezových výkonů může být např. individuální poradenství, krizová intervence, odběr biologického materiálu nebo sociální práce.

Naopak charakter specifických výkonů se odvíjí od konkrétních požadavků cílové skupiny klientů. Zástupci těchto výkonů je výměnný program, kontaktní práce, edukativní program i základní zdravotní ošetření.

Drogové služby byly v této publikaci rozděleny do 10 základních typů (podle schválených standardů odborné způsobilosti) a k těmto typům byly přiřazeny jednotlivé výkony. Pro drogové služby, které jsou podstatné pro účely této práce je vydefinováno celkem 48 výkonů : Terénní programy (18) a Kontaktní a poradenské služby (30). Viz tabulka 4.1 (NMS, 2006).

Transformace t. č. ambulantních sociálních služeb do podoby ZZ s sebou přináší řadu výhod ale

| Terénní programy                              | Kontaktní a poradenské služby                               |  |
|---|---|--|
| Individuální poradenství                      | Hygienický servis   | Skupinová terapie a poradenství                |
| Informační servis                             | Chráněná práce/podporované zaměstnání                       | Skupiny pro rodiče a blízké osoby klientovi    |
| Intervence v prostředí zábavy                 | Individuální poradenství                                    | Sociální práce                                 |
| Kontaktní práce                               | Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům | Socioterapie                                   |
| Krizová intervence                            | Informační servis   | Somatické vyšetření                            |
| Krizová intervence po telefonu a internetu    | Intervence v prostředí zábavy                               | Telefonické, písemné a internetové poradenství |
| Kvalitativní analýza tablet syntetických drog | Jiné odborné vyšetření                                      | Testování infekčních nemocí                    |
| Odběry biologického materiálu                 | Kontaktní práce   | Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem  |
| Orientační test z moči                        | Krizová intervence  | Vstupní zhodnocení stavu klienta               |
| Potravinový servis                            | Krizová intervence po telefonu a internetu                  | Výměnný program                                |
| Sekundární výměnný program                    | Kvalitativní analýza tablet syntetických drog               | Základní zdravotní ošetření                    |
| Sociální práce                                | Odběry biologického materiálu                               | Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby  |
| Testování infekčních nemocí                   | Orientační test z moči                                      |  |
| Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem | Potravinový servis  |  |
| Vstupní zhodnocení stavu klienta              | Práce s rodinou   |  |
| Výměnný program                               | Psychiatrické vyšetření                                     |  |
| Základní zdravotní ošetření                   | Psychologické vyšetření                                     |  |
| Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby | Sekundární výměnný program                                  |  |

Tabulka 4.1: Seznam výkonů, které mohou být v rámci služby Terénní programy a Kontaktní a poradenské služby poskytovány (NMS, 2006)

zároveň i několik nevýhod nebo těžkostí. Seznámení s těmito případnými přínosy<sup>1</sup> a komplikacemi nabízí následující podkapitoly.

## 4.2 Výhody transformace adiktologické ambulantní péče

Pokud by se současným sociálním službám, které poskytují HR aktivity, podařilo začlenit do zdravotnického rezortu, velkým přínosem a výhodou oproti současnému stavu bylo zlepšení na poli financování. ZZ jsou financována z prostředků pojišťoven, ze státního rozpočtu ale i z přímých plateb obyvatel. Transformací by se vytvořily podmínky pro poskytování zdravotní péče v odbornosti adiktolog, jehož pozice nebyla v sociálních službách plně využita. Díky zdravotnické odbornosti, kterou adiktolog má, by bylo možné nasmlouvání potřebných výkonů ze zdravotního pojištění (vázaných právě na odbornost adiktologa). Stávající systém financování<sup>2</sup> adiktologických služeb by byl zachován, ale byl by doplněn dalšími (např. dotace MZ, financování z krajských a městských rozpočtů nebo ze specializovaných programů v zařízeních pro diferencovaný výkon trestu ze zdrojů MS). Optimalizace financování by přinesla možnost víceletého finančního zabezpečení stabilních článků adiktologické ambulantní sítě, které v současnosti není možné. Pokud by provozovatelem vzniklého ZZ navíc nebyl stát, mohlo by zařízení generovat i

<sup>1</sup>vychází z Koncepce sítě zdravotních služeb v oboru adiktologie (Mravčík et al., 2012)

<sup>2</sup>financování z veřejného zdravotního pojištění, dotační systém MPSV a dotačního systému RVKPP



vlastní zisky.

Větší finanční stabilitu by transformace přinesla i již fungujícím ZZ. Pokud by se ZZ registrovala i jako sociální zařízení dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, sociální složky péče by mohly být financovány i z těchto zdrojů.

Mimoto by jistě transformace významně přispěla k uplatňování bio-psycho-sociálního modelu léčby závislosti a vzhledem k tomu, že se v profilu služby počítá i s farmakoterapií, tak i k sounáležitosti s celou zdravotnickou sítí.

### 4.3 Nevýhody transformace adiktologické ambulantní péče

Možné bariéry v transformaci sociálních služeb do zdravotnictví souvisí především s požadavky na ZZ. ZZ musí být v souladu s ustanoveními zákona personálně, věcně i technicky vybaveno pro druh a rozsah péče, kterou poskytuje. Stejně tak musí splňovat požadavky kladené na jeho provoz.

Z podmínek, které by mohly být komplikací nebo limitem v transformaci, jsme identifikovali<sup>3</sup> následující příklady:

#### (1) Obecné požadavky na ZZ:

- zařízení tvoří provozně uzavřený a funkčně provázaný celek;
- umístění v nebytových prostorech splňující obecné požadavky na výstavbu;
- zajištění dodávky pitné vody a dodávky teplé vody (pokud není zajištěn její ohřev na místě);
- zajištění odvodu odpadních vod; vybavení systémem přirozeného nebo umělého větrání a systémem vytápění;
- zajištění připojení na veřejný rozvod elektrické energie; připojení k veřejné telefonní síti (pevné nebo mobilní);
- počítač s připojením k internetu nebo
- místnost s omyvatelným povrchem stěn (minimálně do výšky 180 cm a snadno čistitelným, omyvatelným a dezinfikovatelným povrchem nábytku a podlahy).

#### (2) Minimální technické a věcné požadavky na vybavení ZZ:

- ordinace lékaře a pracoviště zdravotnických a jiných odborných pracovníků (minimální podlahová plocha 13 m<sup>2</sup>);
- čekárna (minimální plocha 7 m<sup>2</sup>);
- WC pro pacienty s umyvadlem;
- pulzní oxymetr, monitor s funkcí pulzní oxymetrie nebo monitor vitálních funkcí nebo
- přípravná pro zdravotní výkony (minimální rozloha 10 m<sup>2</sup>).

---

<sup>3</sup>plné znění části vyhlášek relevantních pro adiktologické služby jsou v příloze

**(3) Zvláštní požadavky na minimální technické a věcné vybavení ambulantní péče relevantní pro adiktologické služby:**

- zřízení místnosti pro terapii s minimální plochou 10 m<sup>2</sup>, pro skupinovou psychoterapii s minimální plochou 15 m<sup>2</sup>.

**(4) Požadavky na personální vybavení<sup>4</sup>:**

- lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatri;
- adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu;
- klinický psycholog a
- všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent.

**(5) Požadavky na provozovatele ZZ dle zákona č. 160/1992 Sb.:**

- provozovatel musí být bezúhonná osoba způsobilá k právním úkonům, musí mít odbornou a zdravotní způsobilost odpovídajícího druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované v příslušném zařízení.

V kontextu adiktologických služeb by to znamenalo např. to, že provozovatelem může být jen absolvent prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu, a to všeobecného lékařství (případně zubního lékařství anebo farmacie). Paragraf 9 stejného zákona se zabývá i možností kdy provozovatel NZZ nemá tuto odbornou způsobilost (např. není lékařem, ale je registrovaným adiktologem). V tomto případě je takovýto provozovatel „*povinen ustanovit odborného zástupce, který musí podmínky odbornosti splňovat. Odpovědnost za odborné vedení soukromého provozu pak spočívá na tomto zástupci. Pokud odborný zástupce není společníkem obchodní společnosti, která je provozovatelem, je nezbytné, aby byl k provozovateli zařízení v pracovním či obdobném pracovněprávním vztahu*“.

**(6) Meziresortní spolupráce**

Pokud má být vícezdrojové financování adiktologických služeb dostatečně stabilní, klade to velké nároky na meziresortní spolupráci např. mezi MZ a MPSV. Kombinované hrazení těchto služeb by mohly komplikovat nejasné nebo nejednotné definice a vymezení takovýchto služeb, přesněji řečeno, komplikací by mohlo být určení kompetencí financovat jednotlivé výkony a služby.

---

<sup>4</sup>Požadavky, které budou navazovat na zákon o zdravotních službách, má MZ stanovit po dohodě s příslušnou komorou vyhláškou. Tato vyhláška (tj. podzákonný právní předpis) není ale stále vydána. Pro účely této práce jsme tedy vycházeli z návrhu tohoto právního předpisu.

## Kapitola 5

# Shrnutí teoretické části

Harm reduction vychází z různých přístupů, ale opírá se především o model Public Health, čímž tento přístup spadá i do zdravotnické oblasti.

Harm reduction přístup má několik desetiletí dlouhou tradici, která potvrdila jeho účinnost a přínos i tím, že je oficiálním pilířem evropské drogové politiky.

Realizace HR v České republice se začala postupně do podvědomí dostávat v 90. letech, kdy začala vznikat první nízkoprahová zařízení a programy pro uživatele drog. Programy harm reduction, terénní programy, a poradenství ale byly a stále jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém, a to i navzdory tomu, že to je v rozporu s uznávaným bio-psycho-sociálním modelem závislosti.

Zastřešením těchto služeb sociálním rezortem neumožňuje komplexnější přístup ke klientovi a k jeho problémům. Sít zdravotnických zařízení, která sice měla úzce vyprofilovanou klientelu závislých, ale zároveň měla i potenciál k optimalizaci a k adaptaci na vývoj situace užívání návykových látek, v posledních letech téměř zanikla a nebyla dosud adekvátně nahrazena.

Z řad odborníků proto stále častěji zaznívá upozornění na tento nesoulad a vznikají návrhy jak tuto disonanci řešit. Transformací, tj. kombinací sociálních a zdravotnických služeb v adiktologické ambulantní péči by mohlo být velkým přínosem pro všechny zúčastněné strany. Jedním z prvních a nejdůležitějších kroků této transformace byl vznik nového zdravotnického oboru adiktologie a nelékařské zdravotnické odbornosti adiktolog. Tato zdravotnická odbornost by umožňovala nasmlouvání potřebných výkonů ze zdravotního pojištění, čímž by se současné financování adiktologických služeb stalo stabilnějším a umožňovalo by efektivnější fungování a rozvoj těchto služeb.

Možným závažným limitem v registračním procesu by pro sociální služby mohlo být splnění požadavků, které jsou na zdravotnická zařízení kladena zákonem. Hlavní přínos této práce proto vidíme v tom, že meze poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytující HR služby, se nám na základě evidence based přístupu podaří identifikovat.

## Část II

# Empirická část

## Kapitola 6

# Realizované výzkumné šetření

### 6.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem studie je institucionální analýza harm reduction služeb v ČR a identifikace okruhů problémů, které mohou komplikovat tzv. transformaci adiktologické ambulantní péče.

**V analýze se zaměřujeme na tyto oblasti:**

- možnosti poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytující HR služby;
- meze poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytující HR služby;
- stav připravenosti zařízení poskytující HR služby na kombinaci zdravotních a sociálních služeb různým cílovým skupinám.

Tematickým jádrem studie je analýza současného stavu v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR) a zároveň nastínění možnosti, jakými se tato zařízení mohou v budoucnu rozvíjet, pokud o to budou mít sama zájem. Výsledky studie by tak mohly usnadnit orientaci v diskutované možnosti implementaci HR aktivit do zdravotnictví, která by částečně umožnila hradit tyto aktivity z veřejného zdravotního pojištění, čímž by bylo možné předpokládat větší finanční stabilitu.

### 6.2 Metody získávání dat

#### 6.2.1 Identifikace zdrojů dat

Účastníky výzkumu (dále respondenti) byli kompetentní osoby, nejčastěji zaměstnanci na vedoucích pozicích, pracující v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy HR (především kontaktní centra a terénní programy) v ČR.

Zařízení byla vytipována na základě tzv. Mapy pomoci, internetové stránky MPSV „*Registr poskytovatelů sociálních služeb*“; seznamu certifikovaných sociálních služeb „Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách“ a kontaktů od členů ČAA. Nominační technikou výzkumného souboru byl tedy totální výběr, protože byla oslovena všechna nízkoprahová zařízení, která poskytují harm reduction služby v ČR.

### 6.2.2 Sběr dat

V rámci studie byl osloven maximální počet odborných zařízení v systému harm reduction služeb pro uživatele drog v ČR (N= 96 zařízení). Sběr dat proběhl ve čtyřech fázích, v časovém období leden – duben 2012. V první fázi (druhá polovina ledna) byla e – mailem oslovena všechna vytipovaná zařízení. V průvodním dopise bylo zdůvodněno konání studie a argumentace pro zapojení do studie. Součástí průvodního dopisu byl odkaz na webovou stránku, na které bylo možné dotazník vyplnit. V druhé fázi sběru dat (druhá polovina února) byla oslovena stejným způsobem všechna zařízení, která nereagovala v první fázi (cca 2/3 výzkumného souboru).

Ve třetí a čtvrté fázi (březen – první polovina dubna) byla zařízení, od kterých se nepodařilo získat vyplněný dotazník, kontaktována telefonicky. Během tohoto telefonického šetření byly respondentovi podány všechny základní informace o studii, argumentace pro jeho účast, respektive účasti konkrétního zařízení ve studii a byl znovu elektronickou poštou odeslán odkaz na webovou stránku, kde bylo možné dotazník vyplnit.

### 6.2.3 Metoda získání dat

Výzkumnou metodou této práce bylo dotazníkové šetření. V úvodu dotazníku (viz příloha A) bylo odůvodnění konání studie, společně s popisem výzkumného cíle a pokynů pro vyplňování. Byl zde uveden i kontakt (telefon, e-mailová adresa) v případě dotazů. Samotný dotazník byl tvořen částí A, B a C.

Část A byla tvořena 8 uzavřenými otázkami, kterými byly zjišťovány základní údaje o organizaci (např. typ zařízení/programu, personální zabezpečení provozu, nabídka základních výkonů, nabídka speciálních výkonů nebo zda zařízení uvažuje o změně statusu zařízení a má dostatek informací o registrační proceduře.

Část B našeho dotazníku byla určena respondentům, kteří pracují v zařízení, které nemá zdravotnický status. Otázkami (6 uzavřených, 2 otevřených) této části jsme se ptali na přínos, který zařízení předpokládá v případě rozšíření statutu zařízení/programu, případně jak, nebo zda se vůbec připravují na tuto změnu. Součástí byly také otázky, jejichž cílem bylo identifikovat možné problémy se splněním požadavků na ZZ, vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení a na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb.

V poslední části, v části C, byly uzavřené otázky na cílové skupiny klientů dotazovaných zařízení/programů v roce 2011 a na možnosti rozšíření této klientely v případě, že by k tomu zařízení získala odpovídající finanční prostředky.

Dotazníkové šetření bylo zvoleno z důvodu úspory času a finančních prostředků a pro usnadnění kvantifikace dat (např. Ferjenčík, 2000).

Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby jejich zodpovězení bylo pro respondenta co nejvíce komfortní. Tzn., že kupříkladu formulace otázek, které zjišťovaly aktuální stav nabídky výkonů a služeb vycházely z terminologie definované Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a používají se i v databázi FreeBase<sup>1</sup>.

V případě, že zařízení neměla k dispozici informaci o přesném počtu provedených výkonů, bylo ji možné nahradit kvalifikovaným odhadem, který vycházel z počtu výkonů provedených za rok 2010 nebo ze zkušeností respondenta. Na nevýhody kvalifikovaných odhadů upozorňuje např. Miovský (2006), kdy zmiňuje zkreslení vznikající zaběhlým způsobem uvažování a interakce se zkoumaným jevem.

<sup>1</sup>FreeBase je systém výkaznictví a klientů a služeb, používaný v nízkoprahových adiktologických službách

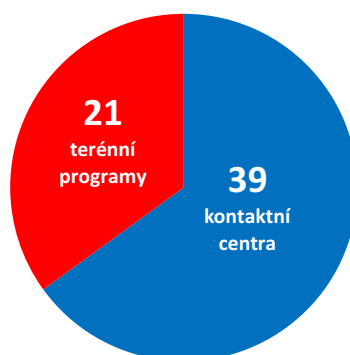
Zpracování dat bylo provedeno kvantitativně, pomocí programu Microsoft Office Excel 2007.

## 6.3 Analýza dat

### 6.3.1 Popis výzkumného souboru

#### 6.3.1.1 Základní údaje výzkumného souboru

V první polovině roku 2012 bylo provedeno dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 60 zařízení z 96 českých drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR), které registruje NMS pro drogy a drogové závislosti. Návratnost vyplněného dotazníku byla 62,5 % (viz graf 6.1). 5 oslovených zařízení výslovně odmítlo účast ve studii, další 3 zařízení se z participace z časových důvodů omluvilo. Zbývajících 28 zařízení nereagovalo na žádnou z výzev.



Obrázek 6.1: Poměr zastoupení typů zařízení ve výzkumném souboru

Převážná většina respondentů pracuje v zařízeních, která jsou v současné době registrovaná jako zařízení sociálních služeb. Za registrovaná zdravotnická zařízení/program odpovídali 3 respondenti. Tyto údaje názorně ukazuje tabulka 6.1.

|  | Kontaktní centra | Terénní programy | Celkem    |
|--|------------------|------------------|-----------|
| <b>Počet zařízení zapojených do studie</b>   | <b>39</b>        | <b>21</b>        | <b>60</b> |
| zdravotnické zařízení  | 1                | 1                | 2         |
| zařízení sociálních služeb   | 34               | 20               | 54        |
| zařízení registrované jako zdravotnické zařízení i jako zařízení sociálních služeb | 3                | 0                | 3         |
| jiné   | 1                | 0                | 1         |
| <b>Počet zařízení, která se výslovně odmítla průzkumu zúčastnit</b>                | <b>5</b>         | <b>0</b>         | <b>5</b>  |
| <b>Počet zařízení, která se omluvila z účasti ve studii</b>                        | <b>3</b>         | <b>0</b>         | <b>3</b>  |

Tabulka 6.1: Základní údaje o výzkumném souboru

V rámci studie byla oslovena zařízení ve všech 14 krajích České republiky. Z každého kraje se podařilo získat vždy alespoň jeden vyplněný dotazník. Mezi respondenty z kontaktních center byla největší návratnost dotazníků ze Středočeského (12,8 % z šetřených kontaktních center), Karlovarského (7,7 % z šetřených kontaktních center), Královéhradeckého kraje (7,7 % z šetřených kontaktních center)

a z hlavního města (7,7 % z šetřených kontaktních center). Údaje z kontaktních center z Libereckého kraje se nepodařilo získat. U terénních programů byla největší návratnost dotazníků v Karlovarském (9,5 % z šetřených terénních programů) a Pardubickém kraji (9,5 % z šetřených terénních programů). Další informace nabízí tabulka 6.2.

| Kraj               | Počet kontaktních center v kraji * | Počet kontaktních center, která se zúčastnila studie | Počet kontaktních center, která se zúčastnila studie (%) | Počet terénních programů v kraji * | Počet terénních programů, které se zúčastnily studie | Počet terénních programů, které se zúčastnily studie (%) |
|--------------------|------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
| Hlavní město Praha | 3                                  | 3  | 100 %  | 5                                  | 2  | 40 %   |
| Středočeský        | 5                                  | 5  | 100 %  | 5                                  | 2  | 40 %   |
| Jihočeský          | 5                                  | 2  | 40 %   | 4                                  | 3  | 75 %   |
| Plzeňský           | 3                                  | 1  | 33,3 %   | 4                                  | 1  | 25 %   |
| Karlovarský        | 3                                  | 3  | 100 %  | 2                                  | 2  | 100 %  |
| Ústecký            | 10                                 | 5  | 50 %   | 5                                  | 2  | 40 %   |
| Liberecký          | 2                                  | 0  | 0 %  | 1                                  | 1  | 100 %  |
| Královéhradecký    | 2                                  | 3  | 100 %  | 2                                  | 0  | 0 %  |
| Pardubický         | 1                                  | 1  | 100 %  | 2                                  | 2  | 100 %  |
| Vysočina           | 3                                  | 2  | 66,6 %   | 3                                  | 1  | 33,3 %   |
| Jihomoravský       | 8                                  | 6  | 75 %   | 7                                  | 2  | 28,6 %   |
| Olomoucký          | 6                                  | 2  | 33,3 %   | 9                                  | 1  | 11,1 %   |
| Zlínský            | 4                                  | 1  | 25 %   | 5                                  | 1  | 20 %   |
| Moravskoslezský    | 8                                  | 5  | 62,5 %   | 5                                  | 1  | 20 %   |

Tabulka 6.2: Zastoupení zařízení/programů dle krajů. (\*) Pozn.: Mapa pomoci (NMS, 2012)

Dvě třetiny zařízení poskytující HR služby jsou zřizovány i provozovány občanským sdružením (o. s.). Alternativou k občanskému sdružení ale může být i obecně prospěšná společnost (o.p.s.), charita, církev nebo město. Relativně velmi zřídka je zřizovatelem nebo provozovatelem např. ministerstvo (viz „jiné“ v tabulce 6.3).

|                             | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem | Celkem (%) |
|-----------------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|--------|------------|
| <b>Zřizovatel</b>           |                  |                      |                  |                      |        |            |
| občanské sdružení           | 23               | 58,9 %               | 15               | 71,4 %               | 38     | 63,3 %     |
| charita, církev, biskupství | 7                | 18 %                 | 0                | 0                    | 7      | 11,7 %     |
| město                       | 6                | 15,4 %               | 2                | 9,5 %                | 8      | 13,3 %     |
| obecně prospěšná společnost | 3                | 7,7 %                | 3                | 14,3 %               | 6      | 10 %       |
| jiné                        | 0                | 0                    | 1                | 4,8 %                | 1      | 1,7 %      |
| <b>Provozovatel</b>         |                  |                      |                  |                      |        |            |
| občanské sdružení           | 23               | 58,9 %               | 15               | 71,4 %               | 38     | 63,4 %     |
| charita, církev, biskupství | 6                | 15,4 %               | 1                | 4,8 %                | 7      | 11,7 %     |
| město                       | 3                | 7,7 %                | 0                | 0                    | 3      | 5 %        |
| obecně prospěšná společnost | 6                | 15,4 %               | 4                | 19 %                 | 10     | 16,6 %     |
| jiné                        | 1                | 2,6 %                | 1                | 4,8 %                | 2      | 3,3 %      |

Tabulka 6.3: Zřizovatelé a poskytovatelé zařízení/programů, které se zapojili do studie



### 6.3.1.2 Personální zabezpečení v zařízeních, která se zapojila do studie

Jedním z požadavků na ZZ je odpovídající zabezpečení provozu kvalifikovaným personálem, proto jsme mezi respondenty zjišťovali odbornost pracovníků, kteří v současné době tvoří pracovní tým v nízkoprahových adiktologických službách. Prvotně jsme sledovali zdravotnické profese, případně jiné odborné profese, které jsou požadovány příslušnou vyhláškou.

Primárním zájmem bylo zmapovat zastoupení pozice kvalifikovaného adiktologa, na něhož je celá varianta transformace ambulantních adiktologických služeb vázána. Z našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že kvalifikovaného adiktologa zaměstnává jen necelá polovina (26) zařízení. Kvalifikovaného adiktologa, který může pracovat bez odborného dohledu, má v týmu 17 zařízení (11 kontaktních center, 6 terénních programů).

Nejčastější zdravotnickou kvalifikací je v kontaktních centrech i terénních programech kvalifikace zdravotní sestry, kterou zaměstnává téměř třetina zařízení (15 kontaktních center; 4 terénní programy). Naopak lékaře ve svém týmu má jen 5 zařízení.

Všechna zařízení, která už mají registraci ZZ zaměstnávají kvalifikovaného adiktologa, který může pracovat bez odborného dohledu i zdravotní sestru. Lékaře obvykle zaměstnávají na částečný pracovní úvazek nebo na dohodu o pracovní činnosti.

Z šetření tak vyplynulo, že jediná kvalifikace, která je zastoupena v drtivé většině šetřených institucí je nezdravotnická kvalifikace sociálního pracovníka.

Podrobnější přehled odborných pracovníků zaměstnaných v daném programu ukazuje tabulka 6.4.

| Kvalifikace   | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem | Celkem (%) |
|---|------------------|----------------------|------------------|----------------------|--------|------------|
| kvalifikovaný adiktolog s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu | 11               | 28,2 %               | 6                | 28,6 %               | 17     | 28,3 %     |
| kvalifikovaný adiktolog bez osvědčení   | 8                | 20,5 %               | 1                | 4,8 %                | 9      | 15 %       |
| zdravotní sestra  | 15               | 38,4 %               | 4                | 19 %                 | 19     | 31,7 %     |
| sociální pracovník  | 39               | 100 %                | 20               | 95,2 %               | 59     | 98,3 %     |
| psycholog   | 6                | 15,4 %               | 2                | 9,5 %                | 8      | 13,3 %     |
| lékař   | 4                | 10,2 %               | 1                | 4,8 %                | 5      | 8,3 %      |
| jiný zdravotnický personál  | 4                | 10,2 %               | 0                | 0                    | 4      | 7,7 %      |

Tabulka 6.4: Personální zabezpečení zařízení/programů, které se zapojili do studie

### 6.3.2 Poskytované služby v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR)

#### 6.3.2.1 Základní výkony poskytované v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR)

Z databáze FreeBase bylo vytipováno 22 základních výkonů, u kterých jsme sledovali, zda je oslovená zařízení v roce 2011 standardně poskytovala nebo neposkytovala, eventuálně jestli zařízení uvažuje o zavedení příslušné služby.

Na základě dosažených výsledků, můžeme říci, že úplně nejčastěji poskytovanou službou v kontaktních centrech i terénních programech je výměnný program. Do standardní nabídky poskytovaných služeb

dále často patří individuální poradenství, krizová intervence i zdravotnické ošetření. Naopak výkony jako skupinové poradenství a testy na přítomnost drog standardně neposkytuje téměř polovina kontaktních center a terénních programů. České terénní programy navíc téměř nenabízí hygienický a potravinový servis.

Testování na infekční onemocnění (HIV, HBV, HCV a na syfilis) v roce 2011 standardně nabízela dvě ze tří ZZ. O zavedení těchto služeb, pokud je již neposkytují, je také mezi zařízeními/programy největší zájem. U odpovědí respondentů jsme zaznamenali taktéž zájem o zavedení skupinového poradenství. (Tabulka 6.5)

### 6.3.2.2 Zvláštní výkony poskytované v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR)

Pro vytipování otázek, kterými jsme se zaměřili na identifikaci možností a mezí poskytování jiných výkonů než které jsou popsány ve výše uvedené kapitole, jsme vycházeli z publikace „*Seznam a definice výkonů drogových služeb*“ (NMS, 2006).

U vybraných 17 výkonů jsme se opět ptali na to, jestli zařízení tuto službu nabízí nebo jestli o tom alespoň respondent, respektive zařízení, ve kterém pracuje, uvažuje.

Více jak 40 zařízení/programů poskytovalo v loňském roce sociální práci (70 %) a informační servis (70 %). Definovaný výkon „prevence a edukace“ však podle respondentů poskytovala jen jedna čtvrtina zařízení (6 kontaktních center, 8 terénních programů).

Všichni respondenti uvedli, že v zařízeních, ve kterých pracují, neposkytují somatické vyšetření provedené lékařem, psychiatrické vyšetření ani výdej substitučních preparátů. Tyto výkony v současnosti neposkytují ani zařízení, které již jsou registrovaným ZZ, pouze o nich v budoucnu uvažují. Obecně je mezi respondenty největší zájem o zavedení služby individuální psychoterapie, kterou by prováděl odborný adiktologický pracovník. O tomto výkonu uvažuje v budoucnu šestina zařízení poskytující HR aktivity (7 kontaktních center a 2 terénní programy). Mezi respondenty z terénních programů je kromě individuální psychoterapie zvažováno i zavedení výkonu prevence a edukace a aplikace mastí (viz tabulka 6.6).

V počtu výkonů provedených v roce 2011 jsou i mezi stejným typem služby značné disproporce. V kategorii „Základní výkony“ je nepoměr především mezi výkony „hygienický servis“, „zdravotní ošetření“, „reference do programu substituce“ a testováním na infekční onemocnění.

Ve skupině „Zvláštních výkonů“ jsou rozdíly v poskytování služeb „aplikace mastí“, „vitamínový servis“ a výkony „prevence a edukace“ a „informační servis“.

Služby z kategorie „Základní výkony“ z pohledu počtu provedených výkonů v roce 2011 poskytovalo 78 % zařízení. Ze všech participujících je poskytovalo 85 % kontaktních center a 67 % terénních programů.

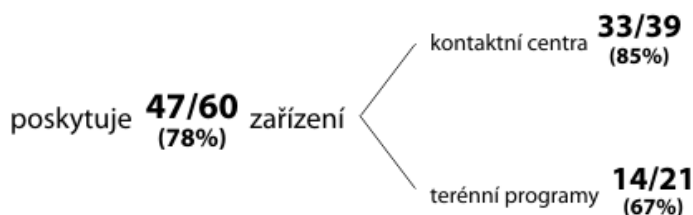
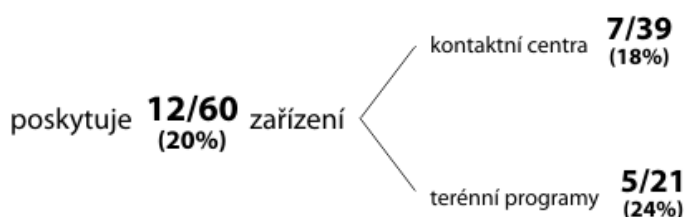
Zvláštní výkony drogových služeb měla standardně v nabídce v roce 2011 jen pětina zařízení – 18 % kontaktních center a 24 % terénních programů, které se na studii podílely. Viz 6.2

První část našeho dotazníku byla zakončena uzavřenými otázkami, které reflektovaly nynější zájem o získání statutu ZZ, čímž by mohly být některé výkony hrazeny ze zdravotního pojištění.

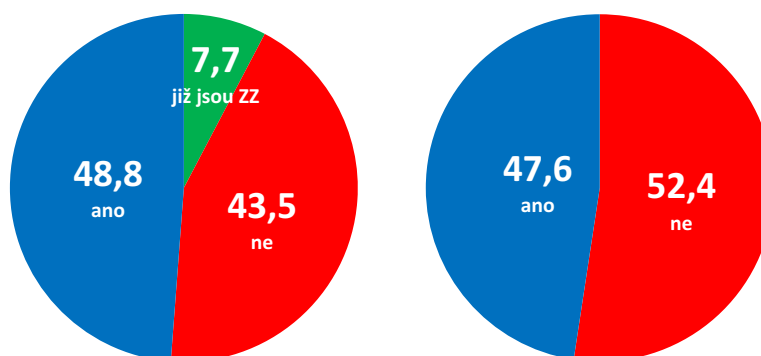
Všichni respondenti ve studii se vyjádřili k otázce, zda uvažují o tom, že by se jejich zařízení/program stalo v budoucnu ZZ (pokud jím ještě není). Můžeme tak tvrdit, že zájem odborných zařízení v systému harm reduction služeb pro uživatele drog v ČR o statut ZZ je téměř stejný, jako nezájem o tuto změnu. Pokud budeme rozlišovat jednotlivé typy sociálních služeb, z kontaktních center má zájem 48,7 % zařízení a 47,6 % terénních programů. (viz tabulka 6.7 a graf 6.3).

| Výkon                            | Počet zařízení poskytující tuto službu v roce 2011 |                  |        | Počet zařízení neposkytující tuto službu v roce 2011 |                  |        | Počet zařízení, které uvažují o zavedení služby |                  |        |
|----------------------------------|--|------------------|--------|--|------------------|--------|---|------------------|--------|
|                                  | Kontaktní centra                                   | Terénní programy | Celkem | Kontaktní centra                                     | Terénní programy | Celkem | Kontaktní centra                                | Terénní programy | Celkem |
| Výměnný program                  | 37   | 20               | 57     | 2  | 0                | 2      | 0   | 0                | 0      |
| Hygienický servis                | 36   | 1                | 37     | 2  | 19               | 21     | 0   | 1                | 1      |
| Potravinový servis               | 36   | 1                | 37     | 2  | 19               | 21     | 0   | 1                | 1      |
| Zdravotní ošetření               | 36   | 18               | 54     | 1  | 1                | 2      | 1   | 0                | 1      |
| Individuální poradenství         | 37   | 20               | 57     | 0  | 0                | 0      | 0   | 0                | 0      |
| Skupinové poradenství            | 25   | 5                | 30     | 10   | 14               | 24     | 4   | 1                | 5      |
| Poradenství s rodičem            | 32   | 11               | 43     | 1  | 6                | 7      | 1   | 1                | 2      |
| Krizová intervence               | 37   | 20               | 57     | 0  | 0                | 0      | 0   | 0                | 0      |
| Reference do K-center            | 31   | 19               | 50     | 1  | 0                | 1      | 0   | 0                | 0      |
| Reference do léčby               | 34   | 19               | 53     | 0  | 0                | 0      | 0   | 0                | 0      |
| Reference do programu substituce | 31   | 16               | 47     | 1  | 1                | 2      | 0   | 0                | 0      |
| Asistenční služba                | 34   | 19               | 53     | 2  | 1                | 3      | 0   | 0                | 0      |
| Testy HIV                        | 32   | 14               | 46     | 3  | 2                | 5      | 3   | 6                | 9      |
| Testy HBV                        | 30   | 13               | 43     | 5  | 4                | 9      | 4   | 5                | 9      |
| Testy HCV                        | 24   | 12               | 36     | 5  | 4                | 9      | 3   | 6                | 9      |
| Testy na syfilis                 | 27   | 11               | 38     | 6  | 6                | 12     | 6   | 5                | 11     |
| Těhotenské testy                 | 37   | 13               | 50     | 2  | 5                | 7      | 0   | 2                | 2      |
| Testy na přítomnost drog         | 28   | 6                | 34     | 10   | 13               | 23     | 0   | 2                | 2      |
| Intervence po telefonu/internetu | 35   | 16               | 51     | 0  | 4                | 4      | 0   | 0                | 0      |
| První pomoc                      | 31   | 16               | 47     | 2  | 3                | 5      | 0   | 0                | 0      |
| Sociální práce s uživatelem      | 32   | 18               | 50     | 0  | 1                | 1      | 0   | 0                | 0      |

Tabulka 6.5: Základní výkony zařízení/programů, které se zapojili do studie

**ZÁKLADNÍ VÝKONY DROGOVÝCH SLUŽEB****ZVLÁŠTNÍ VÝKONY DROGOVÝCH SLUŽEB**

Obrázek 6.2: Poskytování výkonů drogových služeb

Obrázek 6.3: **Vlevo:** Kontaktní centra, která uvažují o změně statutu; **Vpravo:** Terénní programy, které uvažují o změně statutu

Dostatek informací o celém registračním postupu a podmínkách, které vyplývají ze statusu ZZ má jen 15 zařízení. Z analýzy vyplývá, že z 19 kontaktních center, které uvažují nad transformací, má dostatek informací jen 4 z nich, u terénních programů je tento poměr jen 10 ku 1.

Informace o této proceduře tak chybí více než 70 % zařízení (72 % kontaktních center a 76 % terénních programů). Viz 6.8

**6.3.3 Možné rozšíření statutu zařízení/programu**

Část B byla v dotazníku stěžejní, protože byla zaměřena na identifikaci možností a mezí rozšíření statutu oslovených zařízení/programů.

**6.3.3.1 Přínos rozšíření statutu**

Otázka, jestli vidí respondenti nějaký přínos v případném rozšíření statutu pro zařízení, ve kterém pracují, byla otevřená, bez nabídnutých odpovědí.

Většina (dvě třetiny) respondentů přínos ve změně statusu předpokládá. Polovina zařízení v důsledku změny nejčastěji očekává větší jistotu, především v kontextu zlepšení financování. To by dle jejich očekávání mělo být ve srovnání se současným stavem pravidelné a stabilnější, protože by finance pocházely z více zdrojů, než je tomu doposud.

Častý předpokládaný přínos byla též možnost rozšíření služeb pro klienty. Jednotliví respondenti se vyjadřovali i ke zvýšení kompetencí, legitimnímu testování na infekční onemocnění nebo celkové zvýšení prestiže zařízení (6.9).

V protikladu k tomu, každé osmé kontaktní centrum a každý pátý terénní program přínos ve změně na ZZ nepředpokládá. V porovnání s výsledky u otázky, která sledovala jestli mají zařízení dostatek informací, vychází, že jen 3 z 5 kontaktních center a 1 ze 4 terénních programů, které se takto vyjádřily, má o registračním procesu dostatek informací.

### 6.3.3.2 Příprava na změnu statutu zařízení

Většina respondentů (více jak dvě třetiny) uvádí, že na změnu statutu se zařízení ve kterém pracují, nepřipravuje. Otázka byla opět otevřená, bez nabízených odpovědí. Naopak přípravy na změnu zahájilo 9 zařízení (8 kontaktních center a 1 terénní program). Polovina kontaktních center, která již započala přípravy na změnu statutu se zaměřuje na doplnění požadovaného vzdělání a kvalifikace personálu. Dalšími způsoby přípravy je rekonstrukce zařízení, která už vyhovuje požadavkům ZZ anebo sběr informací a administrativní přípravy. Podrobněji tabulka 6.10.

**Statistická významnost mezi vybranými proměnnými** Mezi proměnnými „uvážení změny statutu“, „dostatek informací“, „předpokládaný přínos změny statutu“ a „příprava na změnu statutu“ byly provedeny statistické výpočty závislosti. Korelační koeficienty všech pěti proměnných obsahovaly velmi nízké úrovně (viz tabulka 6.11), které nepotvrdily významnou závislost. Statisticky významný vztah mezi proměnnými nepotvrdila ani kovariance nebo výpočty regresní statistiky. (tabulka 6.11).

### 6.3.3.3 Současný stav plnění obecných požadavků na zdravotnická zařízení

Jednotlivé položky v této otázce vyplývaly z příslušné vyhlášky o obecných požadavcích na ZZ. Na základě našich výsledků (viz tabulka 6.12) se zdá, že nejmenší překážkou v obecných požadavcích je připojení k telefonní síti a počítač s připojením na internet. Tuto podmínku splňuje skoro 90 % zařízení/programů. Téměř všechny podmínky velká většina kontaktních center a více jak 50 % terénních programů splňuje. Jako vlastními silami překonatelnou překážku uvádí respondenti z kontaktních center požadavek na zajištění místnosti s omyvatelným povrchem stěn. Stejný požadavek je ale téměř pro čtvrtinu terénních programů vlastními silami neřešitelný.

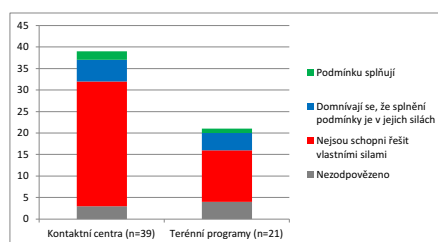
### 6.3.3.4 Současný stav plnění požadavků na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení

Podmínky, které klade vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné ZZ v současnosti splňuje méně než polovina zařízení/programů. Na základě odpovědí od respondentů se lze domnívat, že pro kontaktní centra není problém splnit podmínku WC pro pacienty nebo místnosti pro terapii a sanitárního zařízení pro zaměstnance. Požadavek na vybavení ordinace lékaře nebo pulzní oxymetr je naproti tomu pro polovinu kontaktních center vlastními silami nezvládnutelný. Téměř 60 % respondentů z terénních programů upozorňují, že nejsou schopni řešit vlastními silami požadavek na čekárnu a stejně jako pro

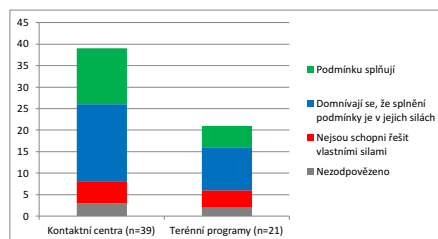
kontaktní centra, je i pro většinu těchto programů požadavek na pulzní oxymetr velkou komplikací. Viz tabulka 6.13

### 6.3.3.5 Současný stav plnění požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení

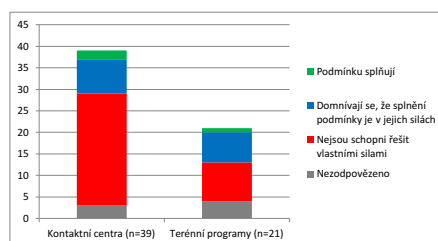
Požadavky na minimální personální zabezpečení v současnosti nesplňují ani dvě třetiny zařízení/programů. Necelá polovina respondentů z kontaktních center se domnívá, že by sami dokázali splnit podmínku kvalifikovaného adiktologa nebo zdravotní sestry, ale například požadavek mít v pracovním týmu lékaře je pro většinu kontaktních center úkolem, které nejsou schopna sama řešit. Úvazek pro klinického psychologa má jen přibližně čtvrtina zařízení/programů, přičemž téměř 70 % kontaktních center a přes 40 % terénních programů by opět nebylo schopno řešit tuto podmínku vlastními silami. Přehled nabízí tabulka 6.14 a grafy 6.4, 6.5, 6.6 a 6.7



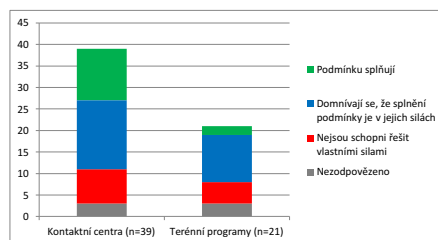
Obrázek 6.4: Aktuální stav splnění podmínky: Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatr



Obrázek 6.5: Aktuální stav splnění podmínky: Adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu



Obrázek 6.6: Aktuální stav splnění podmínky: Klinický psycholog



Obrázek 6.7: Aktuální stav splnění podmínky: Všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent

### 6.3.4 Cílové skupiny

Nejčastějšími klienty v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR) v roce 2011 byli klienti starší 18 let, jejichž primární drogou je nelegální látka. Takovými klientům poskytovaly adiktologické služby více než 95 % zařízení, která se zapojila do studie. Velmi častou cílovou skupinou pro všechny participanty jsou i mladiství klienti (svoje služby jim nabízí 85 % zařízení/programů). Skoro všechna kontaktní centra (97,4 %) mají mezi cílovou skupinou též blízké nebo přátelé klientů. Oproti tomu lidé s nelátkovou závislostí nebo se závislostí na alkoholu byli klienti jen necelé poloviny zařízení/programů. A jedincům, jejichž primární drogou je tabák, poskytla své služby jen 2 kontaktní centra.

V případě, že by zařízení/programy získala odpovídající finanční prostředky, byla by více jak polovina kontaktních center ochotna rozšířit svou stávající klientelu o patologické hráče/gamblery. Polovina terénních programů by zase měla zájem rozšířit svou cílovou skupinu o osoby blízké.

Z analýzy odpovědí respondentů kromě tohoto vyplývá, že nejméně jsou programy / zařízení ochotná rozšířit svou cílovou klientelu o osoby, které nejsou starší 15 let a o osoby závislé na tabáku. Klienty s primární závislostí na alkoholu by bylo při zajištění finančních prostředků, ochotno přijímat přibližně 50 % kontaktních center a terénních programů. (tabulka 6.15)

| Výkon  | Počet zařízení poskytující tuto službu v roce 2011 |                  |        |  | Počet zařízení neposkytující tuto službu v roce 2011 |                  |        |  | Počet zařízení, které uvažují o zavedení služby |                  |        |  |
|--|--|------------------|--------|--|--|------------------|--------|--|---|------------------|--------|--|
|  | Kontaktní centra                                   | Terénní programy | Celkem |  | Kontaktní centra                                     | Terénní programy | Celkem |  | Kontaktní centra                                | Terénní programy | Celkem |  |
| Obklady  | 3  | 2                | 5      |  | 23   | 15               | 38     |  | 1   | 2                | 3      |  |
| Výdej předepsaných léků  | 0  | 0                | 0      |  | 30   | 17               | 47     |  | 3   | 2                | 5      |  |
| Výdej předepsaných substitučních preparátů   | 0  | 0                | 0      |  | 34   | 17               | 51     |  | 0   | 2                | 2      |  |
| Aplikace masť  | 10   | 6                | 16     |  | 4  | 8                | 12     |  | 1   | 3                | 4      |  |
| Podávání léků bez předpisu (paralen apod.)   | 3  | 1                | 4      |  | 18   | 15               | 33     |  | 2   | 2                | 4      |  |
| Vitaminový servis  | 13   | 8                | 21     |  | 5  | 6                | 11     |  | 4   | 1                | 5      |  |
| Somatické vyšetření (provedené lékařem)  | 0  | 0                | 0      |  | 33   | 17               | 50     |  | 1   | 2                | 3      |  |
| Psychiatrické vyšetření (provedené lékařem s dosaženou psychiatrickou atestací A1)   | 0  | 0                | 0      |  | 31   | 17               | 48     |  | 2   | 2                | 4      |  |
| Psychologické vyšetření provedené odborným adiktologickým pracovníkem (psycholog s úspěšné složenou zkouškou odborné způsobilosti pro práci ve zdravotnickém zařízení) | 0  | 0                | 0      |  | 28   | 17               | 45     |  | 5   | 2                | 7      |  |
| Sociální práce (á 30 minut)  | 26   | 16               | 42     |  | 0  | 2                | 2      |  | 0   | 0                | 0      |  |
| Informační servis  | 25   | 17               | 42     |  | 0  | 0                | 0      |  | 0   | 0                | 0      |  |
| Prevence a edukace   | 6  | 8                | 14     |  | 17   | 6                | 23     |  | 2   | 3                | 5      |  |
| Terénní krizová intervence provedená odborným adiktologickým pracovníkem   | 5  | 11               | 16     |  | 27   | 9                | 36     |  | 0   | 1                | 1      |  |
| Individuální psychoterapie provedená odborným adiktologickým pracovníkem s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem  | 3  | 0                | 3      |  | 21   | 17               | 38     |  | 7   | 2                | 9      |  |
| Skupinová terapie (á 120 minut)  | 7  | 0                | 7      |  | 23   | 17               | 40     |  | 2   | 2                | 4      |  |
| Práce s rodinou provedená odborným adiktologickým pracovníkem se sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem (i započatým)   | 9  | 0                | 9      |  | 16   | 17               | 33     |  | 4   | 1                | 5      |  |
| Krizová intervence provedená odborným adiktologickým pracovníkem (á 30 minut)  | 13   | 9                | 22     |  | 12   | 10               | 22     |  | 2   | 0                | 2      |  |

Tabulka 6.6: Zvláštní výkony zařízení/programů, které se zapojili do studie



|   | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem    | Celkem (%) |
|---|------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------|------------|
| Počet zařízení, které <u>uvažují</u> , že by se v budoucnu stala zdravotnickým zařízením        | 19               | 48,7 %               | 10               | 47,6 %               | <b>29</b> | 48,3 %     |
| Počet zařízení, které <u>neuvažují</u> o tom, že by se v budoucnu stala zdravotnickým zařízením | 17               | 43,6 %               | 11               | 52,4 %               | <b>28</b> | 46,6 %     |
| Počet zařízení, které <u>již jsou</u> zdravotnickým zařízením                                   | 3                | 7,7 %                | 0                | 0                    | <b>3</b>  | 5 %        |

Tabulka 6.7: Zájem zařízení/programů, které se zapojili do studie o rozšíření statutu

|   | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem    | Celkem (%) |
|---|------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------|------------|
| Počet zařízení, které <u>mají</u> dostatek informací o registrační proceduře a jejich podmínkách, které vyplývají ze statutu ZZ   | 10               | 25,6 %               | 5                | 23,9 %               | <b>15</b> | 25 %       |
| Počet zařízení, které <u>nemají</u> dostatek informací o registrační proceduře a jejich podmínkách, které vyplývají ze statutu ZZ | 28               | 71,8 %               | 16               | 76,2 %               | <b>44</b> | 72,1 %     |

Tabulka 6.8: Informace o registrační proceduře v zařízeních/ programech, které se zapojili do studie

| Předpokládaný přínos v případě registrace jako ZZ             | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem    | Celkem (%)    |
|---|------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------|---------------|
| ano, předpokládají přínos                                     | 26               | 66,7 %               | 12               | 57,1 %               | <b>38</b> | <b>63,3 %</b> |
| ne, nepředpokládají přínos                                    | 5                | 12,8 %               | 4                | 19 %                 | <b>9</b>  | <b>15 %</b>   |
| <b>Možný přínos</b>   |                  |                      |                  |                      |           |               |
| financování - vícezdrojové, stabilnější atd.                  | 17               | 43,6 %               | 11               | 52,4 %               | <b>28</b> | <b>46,7 %</b> |
| zvýšení prestiže zařízení                                     | 2                | 5,1 %                | 0                | 0                    | <b>2</b>  | <b>3,3 %</b>  |
| zvýšení kompetencí  | 3                | 7,7 %                | 0                | 0                    | <b>3</b>  | <b>5 %</b>    |
| legitimní testování na inf. onemocnění                        | 3                | 7,7 %                | 0                | 0                    | <b>3</b>  | <b>5 %</b>    |
| rozšíření nabídky poskytování výkonů                          | 8                | 20,5 %               | 4                | 19 %                 | <b>12</b> | <b>20 %</b>   |
| celkové zlepšení péče   | 3                | 7,7 %                | 2                | 9,5 %                | <b>5</b>  | <b>8,3 %</b>  |
| rozšíření pracovního týmu, více pracovních pozic              | 3                | 7,7 %                | 0                | 0                    | <b>3</b>  | <b>5 %</b>    |
| uznávání zdravotnické praxe pro personál, možnosti vzdělávání | 1                | 2,6 %                | 1                | 4,8 %                | <b>2</b>  | <b>3,3 %</b>  |

Tabulka 6.9: Přínos rozšíření statutu zařízení/ programu, které se zapojili do studie

| Příprava na změnu statutu zařízení                     | Kontaktní centra | Kontaktní centra (%) | Terénní programy | Terénní programy (%) | Celkem | Celkem (%) |
|--|------------------|----------------------|------------------|----------------------|--------|------------|
| připravují se  | 8                | 20,5 %               | 1                | 4,8 %                | 9      | 15 %       |
| nepřipravují se  | 26               | 66,7 %               | 17               | 81 %                 | 43     | 71,7 %     |
| <b>Způsob přípravy</b>                                 |                  |                      |                  |                      |        |            |
| administrativní příprava                               | 1                | 2,6 %                | 0                | 0                    | 1      | 1,7 %      |
| rekonstrukce zařízení (v jednání)                      | 2                | 5,1 %                | 0                | 0                    | 2      | 3,3 %      |
| rekonstrukce zařízení (již hotová)                     | 1                | 5,1 %                | 0                | 0                    | 1      | 1,7 %      |
| doplnění požadovaného vzdělání a kvalifikace personálu | 4                | 10,3 %               | 0                | 0                    | 4      | 6,7 %      |
| výbava ordinace  | 0                | 0                    | 1                | 4,8 %                | 1      | 1,7 %      |

Tabulka 6.10: Příprava na změnu statutu z zařízení/programech, které se zapojili do studie

|                                    | Uvážení změny statusu zařízení | Dostatek informací | Předpokládaný přínos změny statusu | Příprava na změnu statusu |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Uvážení změny statusu zařízení     |                                |                    |                                    |                           |
| Dostatek informací                 | 0,294767592                    |                    |                                    |                           |
| Předpokládaný přínos změny statusu | 0,308292142                    | -0,034873703       |                                    |                           |
| Příprava na změnu statusu          | 0,411758127                    | 0,257919612        | 0,25441902                         |                           |

Tabulka 6.11: Korelační koeficient u vybraných proměnných

| Podmínka  | Počet zařízení, která již podmínku splňují |                   |        | Počet zařízení, které se domnívají, že splnění podmínky je v jejich silách |                   |            | Počet zařízení, které nejsou schopny řešit tuto podmínku vlastními silami |                   |            |   |        |
|---|--|-------------------|--------|--|-------------------|------------|---|-------------------|------------|---|--------|
|   | Kontaktní centra                           | Terénní pro-gramy | Celkem | Kontaktní centra   | Terénní pro-gramy | Celkem (%) | Kontaktní centra  | Terénní pro-gramy | Celkem (%) |   |        |
|   |  |                   |        |  |                   |            |   |                   |            |   |        |
| zařízení tvoří provozně uzavřený a funkčně provázaný celek  | 28   | 14                | 42     | 70 %   | 8                 | 3          | 11  | 18,3 %            | 0          | 2 | 3,3 %  |
| umístění v nebytových prostorech splňující obecné požadavky na výstavbu   | 29   | 7                 | 36     | 60 %   | 2                 | 8          | 10  | 16,7 %            | 4          | 4 | 13,3 % |
| zajištění dodávky pitné vody a dodávky teplé vody (pokud není zajištěn její ohřev na místě)   | 34   | 15                | 49     | 81,7 %   | 1                 | 2          | 3   | 5 %               | 1          | 2 | 5 %    |
| zajištění odvodu odpadních vod  | 34   | 15                | 49     | 81,7 %   | 2                 | 3          | 4   | 6,7 %             | 0          | 2 | 3,3 %  |
| vybavení systémem přirozeného nebo umělého větrání a systémem vytápění  | 32   | 14                | 46     | 76,7 %   | 3                 | 3          | 6   | 10 %              | 1          | 2 | 5 %    |
| zajištění připojení na veřejný rozvod elektrické energie  | 35   | 15                | 50     | 83,3 %   | 1                 | 3          | 4   | 6,7 %             | 0          | 1 | 1,7 %  |
| připojení k veřejné telefonní síti (pevné nebo mobilní)   | 35   | 17                | 52     | 86,7 %   | 1                 | 2          | 3   | 5 %               | 0          | 0 | 0      |
| počítač s připojením k internetu  | 35   | 17                | 52     | 86,7 %   | 1                 | 2          | 3   | 5 %               | 0          | 0 | 0      |
| místnost s omyvatelným povrchem stěn (minimálně do výšky 180 cm a snadno čistitelným, omyvatelným a dezinfikovatelným povrchem nábytku a podlahy) | 15   | 5                 | 20     | 33,3 %   | 18                | 9          | 27  | 45 %              | 2          | 5 | 13,3 % |

Tabulka 6.12: Obecné požadavky na zdravotnické zařízení

| Podmínka  | Počet zařízení, která již podmínku splňují |                   |        |            | Počet zařízení, které se domnívají, že splnění podmínky je v jejich silách |                   |        |            | Počet zařízení, které nejsou schopny řešit tuto podmínku vlastními silami |                   |        |            |
|---|--|-------------------|--------|------------|--|-------------------|--------|------------|---|-------------------|--------|------------|
|   | Kontaktní centra                           | Terénní pro-gramy | Celkem | Celkem (%) | Kontaktní centra   | Terénní pro-gramy | Celkem | Celkem (%) | Kontaktní centra  | Terénní pro-gramy | Celkem | Celkem (%) |
| ordinace lékaře a pracoviště zdravotnických a jiných odborných pracovníků (minimální podlahová plocha 13 m <sup>2</sup> ) | 10   | 4                 | 14     | 23,3 %     | 15   | 6                 | 21     | 35 %       | 11  | 9                 | 20     | 33,3 %     |
| čekárna (minimální plocha 7 m <sup>2</sup> )  | 14   | 5                 | 19     | 31,7 %     | 16   | 3                 | 19     | 31,7 %     | 6   | 11                | 17     | 28,3 %     |
| WC pro pacienty s umyvadlem   | 34   | 8                 | 42     | 70 %       | 2  | 3                 | 5      | 8,3        | 0   | 8                 | 8      | 13,3 %     |
| sanitární zařízení pro zaměstnance  | 30   | 10                | 40     | 66,7 %     | 5  | 4                 | 9      | 15 %       | 1   | 5                 | 6      | 10 %       |
| skladovací prostory, případně vhodné skříně (nesmí dojít ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi)                  | 24   | 11                | 35     | 58,3 %     | 10   | 6                 | 16     | 26,7 %     | 2   | 2                 | 4      | 6,7 %      |
| dřez na mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickým materiálem  | 16   | 2                 | 18     | 30 %       | 16   | 10                | 26     | 43,3 %     | 3   | 7                 | 10     | 16,7 %     |
| přípravná pro zdravotní výkony (minimální rozloha 10 m <sup>2</sup> )   | 8  | 4                 | 12     | 20 %       | 14   | 5                 | 19     | 31,7 %     | 3   | 10                | 13     | 21,7 %     |
| vybavení ordinace lékaře (vyšetřovací lehátko, umyvadlo, dřež, nábytek, židle/křeslo pro pacienta atd.)                   | 4  | 0                 | 4      | 6,7 %      | 11   | 9                 | 20     | 33,3 %     | 19  | 10                | 29     | 48,3 %     |
| místnost pro terapii (s minimální plochou 10 m <sup>2</sup> )   | 31   | 6                 | 37     | 61,7 %     | 2  | 9                 | 11     | 18,3 %     | 3   | 4                 | 7      | 11,7 %     |
| alkotest, tester na přítomnost drog   | 17   | 4                 | 21     | 35 %       | 15   | 13                | 28     | 46,7 %     | 3   | 2                 | 5      | 8,3 %      |
| samostatné bezpečnostní signalizační zařízení (v případě poskytování substituční léčby)                                   | 6  | 0                 | 6      | 10 %       | 14   | 10                | 24     | 40 %       | 13  | 8                 | 21     | 35 %       |
| pulzní oxymetr, monitor s funkce pulzní oxymetrie nebo monitor vitálních funkcí   | 0  | 0                 | 0      | 0          | 10   | 4                 | 14     | 23,3 %     | 23  | 15                | 38     | 63,3 %     |
| místnost pro skupinovou psychoterapii (minimální plocha 15 m <sup>2</sup> )   | 20   | 5                 | 25     | 41,7 %     | 9  | 7                 | 16     | 26,7 %     | 6   | 7                 | 13     | 21,7 %     |

Tabulka 6.13: Podmínky vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení ZZ



| Cílová skupina  | Počet zařízení, jejichž klienty byly následující skupiny v roce 2011 |                  |        |            | Počet zařízení, která by rozšířila svou klientelu o následující skupiny, kdyby k tomu získaly odpovídající finanční prostředky |                  |        |            |
|---|--|------------------|--------|------------|--|------------------|--------|------------|
|   | Kontaktní centra   | Terénní programy | Celkem | Celkem (%) | Kontaktní centra   | Terénní programy | Celkem | Celkem (%) |
| klienti mladší 15 let                                   | 4  | 0                | 4      | 6,7 %      | 9  | 2                | 11     | 18,3 %     |
| klienti ve věku 15 - 18 let                             | 34   | 17               | 51     | 85 %       | 21   | 10               | 31     | 51,7 %     |
| klienti starší 18 let                                   | 39   | 20               | 59     | 98,3 %     | 22   | 12               | 34     | 56,7 %     |
| uživatelé, u kterých je primární drogou nelegální látka | 37   | 20               | 57     | 95 %       | 21   | 14               | 35     | 58,3 %     |
| uživatelé, u kterých je primární drogou alkohol         | 17   | 9                | 26     | 43,3 %     | 19   | 10               | 29     | 48,3 %     |
| uživatelé, u kterých je primární drogou tabák           | 2  | 0                | 2      | 3,3 %      | 10   | 4                | 14     | 23,3 %     |
| patologičtí hráči, gambleři                             | 15   | 3                | 18     | 30 %       | 23   | 7                | 30     | 50 %       |
| klienti s psychickou a somatickou komorbiditou          | 22   | 4                | 26     | 43,3 %     | 19   | 4                | 23     | 38,3 %     |
| osoby blízké (rodinní příslušníci, přátelé apod.)       | 38   | 14               | 52     | 86,7 %     | 22   | 11               | 33     | 55 %       |

Tabulka 6.15: Cílové skupiny

## Kapitola 7

# Diskuse

Empirický výzkum navazoval na studii Jelínka (2011), který popisoval vývoj zdravotních služeb v kontaktních centrech v období 2006 - 2010. Navzdory tomu, že se jedná o velice aktuální téma, jsou tyto dvě studie zatím jediné, které se přímo věnují transformaci adiktologických sociálních služeb do zdravotnictví. Cílem naší studie bylo mapovat současnou situaci v zařízeních drogových služeb provozující aktivity/programy minimalizace rizik a škod (HR). Snahou bylo především identifikovat možnosti a meze poskytování zdravotní péče zařízeních poskytující HR služby a zjistit, jaký je stav připravenosti takového zařízení na případnou kombinaci zdravotnických a sociálních služeb různým cílovým skupinám.

Jak jsme uváděli v teoretické části diplomové práce, programy harm reduction, terénní programy a poradenství jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém. Toto tvrzení potvrdila i naše studie, jelikož z participujících zařízení, byly pouze tři registrovaným zdravotnickým zařízením.

K účasti ve studii bylo vyzváno všech 96 HR služeb, které eviduje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Po několika opakovaných výzvách, které probíhaly od ledna do dubna, jsme získaly údaje z 60 zařízení (39 kontaktních center a 21 terénních programů). Návratnost dotazníků tedy byla více jak šedesátiprocentní. Data od 36 neparticipujících zařízení/programů, se nepodařilo získat z nedostatku času na straně oslovených, nebo proto, že se kontaktované osoby domnívaly, že klientela jejich zařízení neodpovídá našemu zadání. Většina neparticipujících zařízení, ale nijak na žádnou z výzev nereagovala. Tento fakt si vysvětlujeme nezájmem o danou problematiku.

Dále budeme diskutovat konkrétní výsledky získané prostřednictvím naší analýzy. Na tomto místě je ale nutné upozornit na významnou odlišnost výzkumného souboru. Jedinou podmínkou účastí ve studii bylo být kompetentní osobou z českého zařízení v systému HR služeb pro uživatele drog. Soubor tvořily především 2 skupiny: kontaktní centra a terénní programy. Tyto služby mají velmi podobnou cílovou skupinu klientů, ale liší se v podmínkách, za kterých služby klientům poskytují. V koncepci sítě zdravotních služeb v oboru adiktologie (Mravčík et al., 2012) se počítá s transformací především současných kontaktních center, proto i náš dotazník byl primárně přizpůsoben pro tato zařízení a některé otázky tak mohly být pro terénní programy nerelevantní. Z tohoto důvodu i analýza a vyhodnocování dat probíhala odděleně.

Oba typy služeb nejčastěji zaměstnávají sociální pracovníky, alespoň na částečný úvazek má takového pracovníka drtivá většina zařízení (98,3 %; 100 % kontaktních center a 95,2 % terénních programů). Třetina zařízení zaměstnává zdravotní sestru a jen necelých 30 % zařízení (28,2 % kontaktních center a 28,6 % terénních programů) má ve svém týmu kvalifikovaného adiktologa s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Kvalifikovaného adiktologa bez takového osvědčení

zaměstnává dalších 15 % - 20,5 % kontaktních center a 4,8 terénních programů. V pracovním týmu stávajících zařízení je velmi zřídka (méně než v 15 % případech) lékař nebo psycholog.

Z analýzy dat o standardně poskytovaných službách můžeme říci, že stále převyšuje nabídka sociálních služeb. Z tohoto pohledu nepřináší výsledky naší studie překvapivé zjištění. Na druhou stranu z analýzy vyplývá, že většina zařízení provádí i ryze zdravotnické výkony jako zdravotní ošetření (90 % zařízení/programů) nebo testování na infekční onemocnění (přibližně 68 % zařízení/programů). V kontrastu s tím bylo zjištění, že ne všechny již registrovaná zdravotnická zařízení tyto výkony v loňském roce standardně poskytovala.

Rozšíření nabídky ze základních výkonů pro drogové služby mezi respondenty je především v testování klientů na infekční onemocnění, jinak respondenti o zavedení dalších služeb spíše zájem nemají.

Díky této studii byla mapována i dostupnost dalších služeb, pro účely této studie pojmenované „Zvláštní výkony“ drogových služeb. Tyto služby nabízí pětina šetřených zařízení (18 % kontaktních center; 24 % terénních programů). Významným limitem poskytování těchto služeb je to, že velká část výkonů je vázána na některou z odborných kvalifikací, např. odborného adiktologického pracovníka, psychologa s odbornou způsobilostí pro práci ve zdravotnickém zařízení nebo lékařem s atestací v oboru psychiatrie. Tato podmínka je téměř pro všechna zařízení v současné době nesplnitelná, proto tyto služby zařízení ani programy neposkytují (výjimku tvoří výkony vázané na odborného adiktologického pracovníka). V budoucnosti by ale právě tyto výkony mohly tvořit základní penzum náplně práce adiktologických ambulancí a transformovaných současných služeb pro uživatele návykových látek.

A právě zjistit zájem o případnou změnu statusu zařízení (tj. transformaci) byl další dílčí cíl naší práce. Dle Jelínkových výsledků (2011) má zájem o změnu statutu 9 z 12 šetřených kontaktních center. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že zájem projevuje, respektive uvažuje o změně polovina zařízení (necelá polovina kontaktních center i terénních programů). Pokud ale uvážíme, že studie se zúčastnily jen dvě třetiny všech zařízení, poskytující HR služby a zbývající třetina se s velkou pravděpodobností neúčastnila z nedostatečného zájmu o toto téma, reálný zájem o změnu statutu v cílové skupině se může pohybovat okolo 30 %.

Dostatek informací o registrační proceduře a možných výhodách a nevýhodách, které by transformace přinesla má čtvrtina zařízení (25,6 % kontaktních center a 23,9 % terénních programů). Více jak 70 % kontaktních center/terénních programů tedy dostačující informace o tom, co obnáší statut zdravotnického zařízení, nemá.

Přínos rozšíření statutu vidí respondenti především ve financování služby, které by mělo podle odpovědí v dotazníku být stabilnější a jistější, což sebou přináší možnost efektivnějšího plánování poskytování a rozvoje služeb. Legitimitu tohoto očekávání potvrzují i údaje NMS pro drogy a drogové závislosti (2011). V roce 2010 přispělo MPSV na realizaci protidrogové politiky 61 394 milionů Kč, MZ za stejné období 2 971 milionů Kč. Pokud by došlo k úspěšné transformaci adiktologických sociálních služeb do zdravotnictví, dá se očekávat že dotace MZ by se značně zvýšily, přičemž dotace z rezortu sociálních věcí by zůstaly stabilní.

Dalším velkým profitem, nejen pro pracovníky, ale především pro klienty by byla možnost rozšíření služeb (poskytovaných výkonů), které by mohly být i ryze zdravotnického charakteru.

Výsledky studie ale zároveň prokázaly, že zařízení/programy se na transformaci nijak nepřipravují. A pokud případně ano, jedná se o plnění dílčích podmínek, především získávání kvalifikace zaměstnanců.

Vyhlášky o požadavcích na zdravotnická zařízení (viz kapitola 4.3) kladou na případné zájemce celou řadu podmínek. Z hlediska porovnání získaných dat s těmito podmínkami se zdá, že pro velkou část zařízení/programů by nebylo velkým problémem splnit obecné požadavky na zdravotnické zařízení,



protože značnou část z nich splňují již dnes. Meze jsou ale dány požadavky na minimální technické vybavení a hlavně na personální zabezpečení provozu. Protože jak vyplývá z výsledků, požadavek mít v týmu zaměstnaného atestovaného lékaře nebo klinického psychologa (i kdyby jen na částečný úvazek) by byl pro více jak polovinu zařízení likvidační.

Poměrně překvapivým zjištěním bylo šetření v oblasti možné rozšíření cílových skupin, tak jak o tom uvažují Mravčík et al. (2012). Nelze nechat bez povšimnutí, že současná zařízení/programy, která poskytují HR služby, nejeví příliš zájem o rozšíření své klientely, a to ani v případě, že by to sebou přinášelo odpovídající finanční prostředky. Z cílových skupin, které v současnosti nejsou typickými klienty kontaktních center a terénních programů je znatelnější zájem (více jak v 50 % případů) kromě o osoby blízké klientům jen o klienty, jejichž primární drogou je alkohol.

Toto zjištění si vysvětlujeme tím, že cílová skupina mladší 15 let nebo osoby s psychickou a somatickou komorbiditou jsou velmi náročnou adiktologickou klientelou (Miovská et al., 2008), která by mohla být pro zařízení spíše komplikací. A naopak za nezájmem o klienty, jejichž primární drogou je tabák, může být malá informovanost a vzdělanost v problematice tabakismu nebo domněnka, že tito klienti již využívají jiné služby.

Statistickou analýzou jsme prověřovali, zda je zájem o změnu statutu závislý na dostatku informací o registrační proceduře, tato vzájemná závislost se ale nepotvrdila. Toto zjištění považujeme za velice významné, protože ho budeme muset uvážit ve fázi, kdy budeme distribuovat informace 70 % zařízení, které v současnosti tyto informace nemá.

Statisticky se neověřila ani souvislost mezi zájmem o změnu statutu a přípravou na tuto změnu. Roli může hrát právě nedostatek informací o proceduře a podmínkách, které jsou kladeny na zdravotnická zařízení, i když hodnoty korelačního koeficientu svou hodnotou tutu hypotézu nepotvrzuje. Domníváme se, že důvodem může být fakt, že udržet si statut quo, může být pro část zařízení/programů na úrovni „přežití“ služby výhodnější. Splnění požadavků na zdravotnická zařízení je více či méně finančně, personálně i časově náročné. Tato náročnost může být přímo úměrná snaze začít s přípravou na změnu.

## Část III

## Závěr

Hlavním cílem této studie bylo identifikovat možnosti a meze poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytující HR služby a zjistit stav připravenost zařízení poskytující HR služby na kombinaci zdravotních a sociálních služeb různým cílovým skupinám. V rámci studie jsme provedli průzkum, při kterém jsme se zaměřili na tyto oblasti: (1) základní údaje o organizaci, včetně mapování poskytovaných drogových služeb a zájmu o rozšíření statutu zařízení/programu; (2) možné rozšíření statutu zařízení/programu, kde jsme zjišťovali aktuální stav v kontextu podmínek, které vyplývají z příslušných vyhlášek o zdravotnických zařízeních a (3) cílové skupiny, kterým oslovená zařízení poskytovala služby v roce 2011 a která by se mohla stát jejich klienty v případě, že by zařízení získalo tomu odpovídající finanční prostředky.

Jako metodu sběru dat jsme zvolili elektronický dotazník, a to především z důvodu úspory času a finančních prostředků a pro usnadnění kvantifikace dat. Data jsme analyzovali v programu Microsoft Office Excel 2007. V roce 2012 bylo osloveno 96 zařízení, které poskytují HR v České republice. Po několika výzvách k účasti ve studii, které proběhly v období leden – duben, se podařilo získat vyplněný dotazník od 60 zařízení. Dvě třetiny (39) souboru tvořili respondenti z kontaktních center, třetinu (21) respondenti z terénních programů.

Z analýzy vyplývá, že programy harm reduction, terénní programy a poradenství jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém. Tyto služby v drtivé většině poskytují zařízení sociálních služeb. Toto zjištění také potvrzuje informace, že zatímco sociální pracovník je v pracovním týmu všech oslovených zařízení (s výjimkou jednoho), zdravotní sestra je součástí týmu jen každého třetího zařízení/programu. Lékař je v pracovním týmu velmi zřídka. Kvalifikovaného adiktologa s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu zaměstnává necelých 30 % zařízení/programů.

Mezi standardně poskytovanými službami v roce 2011 převyšovala nabídka sociálních služeb. Z výsledků analýzy ale také vyplývá, že většina zařízení provádí i ryze zdravotnické výkony jako zdravotní ošetření nebo testování na infekční onemocnění. Z nedostatečného odborného personálního zabezpečení nemůžou zařízení/programy poskytovat služby drogových služeb, které se váží na dané odbornosti. Rozšíření nabídky výkonů pro drogové služby mezi respondenty je především v testování klientů na infekční onemocnění, jinak respondenti o zavedení dalších služeb spíše zájem nemají.

Z výzkumného šetření vyplývá, že zájem o rozšíření statutu projevuje, respektive uvažuje o změně, polovina zařízení (48,7 % kontaktních center a 47,6 % terénních programů). Vzhledem k tomu, že studie se neúčastnila třetina cílových zařízení, může se tento zájem mezi všemi zařízeními/programy pohybovat okolo 30 %. Dostatek informací o registrační proceduře a možných výhodách a nevýhodách, které by transformace přinesla má čtvrtina zařízení (25,6 % kontaktních center a 23,9 % terénních programů). Více jak 70 % kontaktních center/terénních programů tedy dostačující informace o tom, co obnáší statut zdravotnického zařízení, nemá.

Velkou motivací k transformaci by mohlo být především stabilnější financování. Výsledky studie ale zároveň prokázaly, že zařízení/programy se na transformaci nijak nepřipravují. A pokud případně ano, jedná se o plnění dílčích podmínek, především získávání kvalifikace zaměstnanců. Meze poskytování zdravotních služeb v zařízeních poskytující HR služby jsou ve splnění požadavků na zdravotnické zařízení, a to především na minimální technické vybavení. Nejčastějším limitem je podmínka ordinace lékaře a její vybavení. Nejzávažnějším limitem je ale požadavek na zaměstnání lékaře a klinického psychologa, který není schopno řešit vlastními silami více jak dvě třetiny kontaktních center a terénních programů. Další meze výsledky analýzy odhalily v nezájmu rozšířit cílovou skupinu klientů. A to ani za odpovídající finanční prostředky. Více jak polovina zařízení/programů by byla ochotna poskytovat služby jen osobám blízkým a klientům, jejichž primární drogou je alkohol. Domnívám se, že předložená práce a její závěry skýtají podněty pro další pokračování formou výzkumných šetření. Přínos výstupů výzkumného šetření

vidíme především v jejich aplikaci do praxe. Z výstupů studie vyplývá, že je nutné dodat více komplexních informací o registrační proceduře a o tom, jaké výhody, případně nevýhody by sebou transformace nesla. Výsledky mohou sloužit také jako zpětná vazba a zpětná informace pro autory koncepce zdravotnických služeb v oboru adiktologie.

# Literatura

Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha, Česká republika: Wolters Kluwer ČR.

Bečka, J. (2009). *Substituční léčba: historie, principy a cíle*[PowerPoint slides]. Retrieved from website: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/296/Denni-bakalarske-studium>

Bečka, J. (2009). *Látky užívané k substituční léčbě*[PowerPoint slides]. Retrieved from website: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/296/Denni-bakalarske-studium>

Bednářová Z., Pelech, L. (2000). *Sociální práce na ulici*. Brno: Doplněk. p. 35.

Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Beránková, A., Radimecký, J., Sklenář, V. et Šťastná, L. (2004). *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády ČR. 2 (1).

Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách. (2011). Seznam certifikovaných služeb. [cit. 5. 4. 2012]. Retrieved from website: <http://www.cekas.cz/content/seznam-certifikovanych-sluzeb-1>

ČLS J.E.P. (2008). *Koncepce oboru psychiatrie – 1. verze*. [online]. [cit. 8. 3. 2012]. Retrieved from website: [http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40)

EMCDDA. (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách: ESPAD 2007. (2008). Praha: Úřad vlády: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. [cit. 8. 1. 2012]. Retrieved from website:

[http://www.drogyinfo.cz/index.php/o\\_nas/klicove\\_indikatory/populacni\\_pruzkumy/souhrn\\_vysledku\\_studie\\_espad\\_2007\\_v\\_ceske\\_republice](http://www.drogyinfo.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/souhrn_vysledku_studie_espad_2007_v_ceske_republice)

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, s.r.o.

Friedman, S. R., National Development and Research Institutes. [online]. [cit. 8. 3. 2012]. Retrieved from website:

<http://www.drugtext.org/Self-helppeer-support-and-outreach/theoretical-bases-for-understanding-drug-users-organisations.html>

Harm Reduction History and Definitions. (n.d.). In *AddictionInfo*. [cit. 4. 12. 2011]. Retrieved from <http://www.addictioninfo.org/articles/256/1/Harm-Reduction-History-and-Definitions/Page1.html>

IHRA. (2010). *What is Harm Reduction?*. A position statement from the Interantional Harm Reduction Association, London, UK, Czech, [cit. 12. 3. 2012]. Retrieved from website:

<http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/330/2633/Vyukove-a-studijni-texty-pro-studenty-magisterskeho-studia-oboru-adiktologie>

IHRD. In Burrows, D. (2000). *Jako začat program výmeny ihel a striekačiek?*. Bratislava: NOS – OSF, 2002.

Janíková, B. (2008). Harm Reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing. Praha.

Janíková, B. (2011). *Nízkoprahové služby v ČR*. [PowerPoint slides]. Retrieved from website:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/197/2717/System-lecebne-pece-I-nizkoprahove-sluzby>

Jelínek, V. (2011). Vývoj zdravotnických služeb poskytovaných vybranými kontaktními centry v období 2006 -2010. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Centrum adiktologie.

Kalina, K., at al., 2001, *Glosář pojmů, ÚV ČR, Filia o.s.* [cit. 28. 2. 2012]. Retrieved from website: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu).

Kalina, K., at al. (2003). In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina K. et al. (2003). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize. [cit. 20. 1. 2012]. Retrieved from website:

[http://www.cekas.cz/oldweb/php/pdf/CA\\_standardy\\_obecne.pdf](http://www.cekas.cz/oldweb/php/pdf/CA_standardy_obecne.pdf)

Kolektiv autorů. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR.[cit. 8. 3. 2012]. Retrieved from website:

[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/metodika/seznam\\_a\\_definice\\_vykonu\\_drogovych\\_sluzeb](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/metodika/seznam_a_definice_vykonu_drogovych_sluzeb)

Kolektiv autorů. (1999). *Všeobecná encyklopedie*. Díl 8., heslo „transformace” Praha: Diderot.

Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing. Praha.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Marlatt, A. G. (1996). Harm Reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21 (6), pp. 779-788.

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. (Ed.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: GRADA Publishing.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA Publishing, a.s.

Mravčík, V., Libra, J., Miovský, M. (2012). Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie. Pracovní verze č. 2.4. (materiál určen k vnějšímu připomínkovému kolu členů SNN).

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011.

MPK. (2000). Národní strategie protidrogové politiky v ČR na období 2001 – 200. Úřad vlády ČR. Praha.

National Treatment Agency for Substance Misuse (2010). *Dobrá praxe v harm reduction*. Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN.

Newcombe, R. (1992) The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In, O'Hare et al (Eds.) *The reduction of drug related harm*. London Routledge.

NMS pro drogy a drogové závislosti. (2010). Substituce a udržovací programy. [cit. 1. 4. 2012]. Retrieved from website:

[http://www.drogyinfo.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/substitucni\\_lecba/substituce\\_a\\_udrzovaci\\_programy](http://www.drogyinfo.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy)

Radimecký, J., Nevšímal, P., Pánová, S., Doležalová, P., Miovský, M., (2009) Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice. Interní dokument verze č. 7 ze dne 15. září 2009 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Revize Nevšímal, P., Popov, P., Kalina, K.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog. Zásady a praxe*. Brno: Sdružení Podané ruce a Nakladatelství Albert.

Sananim. (1994). SANANIM v roce 1994 aneb stručná zpráva správní rady a ředitele sdružení. Výroční zpráva. SANANIM o.s.

Skála, J. (2003). Historie léčby závislostí v České republice. In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Staniček, J., Hrdina, P., Kalousek, L. (2002). Terénní programy pro uživatele drog. Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci. *Éthum*, p. 7 – 8. Šťastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing. Praha.

Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2010). Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2009. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 4. 4. 2012]. Retrieved from website:  
<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti>

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Analýza sociálních a zdravotně-sociálních služeb určených uživatelům návykových látek na území Středočeského kraje z hlediska jejich potřeby a dostupnosti. Retrieved from website:  
<http://www.kr-stredocesky.cz/NR/rdonlyres/.../0/AnalýzaslužebSK.doc>.

Verster, A., Bunning, E. (2007). Buprenorfin. Rozbor kritických otázek. Praha: Úřad vlády České republiky. [online]. [citováno 19. 3. 2012]. Retrieved from website:  
[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/buprenorfin\\_rozbor\\_kritickyh\\_otazek](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/buprenorfin_rozbor_kritickyh_otazek)

Zákon č. 245/2006 o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů v aktuálním znění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a



o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

# Příloha A

## Dotazník použitý ve studii

Klinika adiktologie 1, lékařské fakulty a VFN  
Univerzita Karlova v Praze  
Apolinářská 4 / 128 00 Praha 2 / Česká republika  
tel.: +420 224 965 035 / fax: +420 224 965 035  
www.adiktologie.cz / info@adiktologie.cz

---

### Část A

---

#### ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ORGANIZACI

1) Jaký je přesný název Vašeho programu (např. „Terénní program, K-centrum, ...)?

2) Kdo je zřizovatelem Vašeho programu/zařízení?

3) Kdo je provozovatelem Vašeho programu/zařízení?

4) Zařízení (program) ve kterém pracujete je:

☐ Odravotnické zařízení

☐ Ozařízení sociálních služeb

☐ Jiné (prosím uveďte)

5) Uveďte kolik odborných pracovníků v daném programu zaměstnáváte a jaký je rozsah jejich pracovního úvazku:

| Kvalifikace  | Počet osob           | Počet úvazků         |
|--|----------------------|----------------------|
| kvalifikovaný adiktolog s osvědčením k výkonu zdravotnického povolání <u>bez odborného dohledu</u> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| kvalifikovaný adiktolog bez osvědčení  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| zdravotní sestra   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| sociální pracovník   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| psycholog  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| lékař  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Jiný zdravotnický personál (můžete použít prázdné řádky níže)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PDFmyURL.com

6) Které z následujících služeb jste standardně nabízeli v roce 2011?

A) Základní výkony

Pozn.: Následující výkony jsou definované Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky ve „Zprávě o realizaci projektu protidrogové politiky“ a databázi FreeBase.

| Služba                   | Počet výkonů za rok 2011 | Kvalifikovaný odhad (vychází z výkonů 2010 a vašich zkušeností) | Neposkytujeme tuto službu | Neposkytujeme tuto službu, ale uvažujeme o tom |
|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------|--|
| Výměnný program          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| – vydané injekční jehly  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Hygienický servis        | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Potravinový servis       | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Zdravotní ošetření       | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Individuální poradenství | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Skupinové poradenství    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Poradenství s rodičem    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |

PDFmyURL.com

|                                  |                      |                      |                          |                          |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Krizová intervence               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reference do K-center            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reference do léčby               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reference do programu substituce | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asistenční služba                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Testy HIV                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Testy HBV                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Testy na syfilis                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Těhotenské testy                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Testy na přítomnost drog         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intervence po telefonu/internetu | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| První pomoc                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sociální práce s uživatelem      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B) Základní výkony**

Pozn.: Následující výkony jsou definované v publikaci „Seznam a definice výkonů drogových služeb“, NMS pro drogy a drogové závislosti, 2006.

| Služba   | Počet výkonů za rok 2011 | Kvalifikovaný odhad (vychází z výkonů 2010 a vašich zkušeností) | Neposkytujeme tuto službu | Neposkytujeme tuto službu, ale uvažujeme o tom |
|--|--------------------------|---|---------------------------|--|
| Obklady  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Výdej předepsaných léků  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Výdej předepsaných substitučních preparátů   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Aplikace mastí   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Podávání léků bez předpisu (paralen apod.)   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Vitamínový servis  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Somačické vyšetření (provedené lékařem)  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Psychiatrické vyšetření (provedené lékařem s dosaženou psychiatrickou atestací A1)   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |
| Psychologické vyšetření provedené odborným adiktologickým pracovníkem (psycholog s úspěšně složenou zkouškou odborné způsobilosti pro práci ve zdravotnickém zařízení) | <input type="text"/>     | <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       |

|  |                      |                      |                          |                          |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| )  |                      |                      |                          |                          |
| Sociální práce (á 30 minut)  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informační servis  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prevence a edukace   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terénní krizová intervence provedená odborným adiktologickým pracovníkem   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Individuální psychoterapie provedená odborným adiktologickým pracovníkem s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skupinová terapie (á 120 minut)  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Práce s rodinou provedená odborným adiktologickým pracovníkem se sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem (i započatým) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krizová intervence provedená odborným adiktologickým pracovníkem (á 30 minut)  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 7) Uvažujete o tom, že by se Vaše zařízení/program stal v budoucnu zdravotnickým zařízením (pokud jim ještě není), díky čemuž by mohly být některé výkony hrazeny ze zdravotního pojištění?

☐ ano  
☐ ne  
☐ ne, již jsme zdravotnickým zařízením

- 8) Máte dostatek informací o registrační proceduře a jejích podmínkách, které vyplývají ze statutu zdravotnického zařízení?

PDFmyURL.com

☐ ano  
☐ ne

## Část B

### MOŽNÉ ROZŠÍŘENÍ STATUTU ZAŘÍZENÍ/PROGRAMU

Vyplňujte pouze pokud nejste zdravotnické zařízení. Pokud jste zařízení zdravotnické, **přejděte na část C.**

- 9) Předpokládáte nějaký přínos v případě rozšíření statutu pro Vaše zařízení (tedy v případě jeho registrace jako zdravotnického zařízení)?

- 10) Připravujete se na změnu statutu zařízení? Pokud ano, jak?

- 11) Které z následujících podmínek vyplývajících z příslušných vyhlášek o zdravotnických zařízeních Vaše zařízení splňuje? Nesplňuje-li, uveďte, zda jste schopni zajistit jejich splnění vlastními silami či nikoliv.

A) Obecné požadavky na zdravotnické zařízení

PDFmyURL.com

| Podmínka  | Tuto podmínku již splňujeme | Ano, domnívám se, že splnění podmínky je v našich silách | Ne, tuto podmínku nejsme schopni řešit vlastními silami |
|---|-----------------------------|--|---|
| zařízení tvoří provozně uzavřený a funkčně provázaný celek  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| umístění v nebytových prostorech splňující obecné požadavky na výstavbu   | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| zajištění dodávky pitné vody a dodávky teplé vody (pokud není zajištěn její ohřev na místě)   | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| zajištění odvodu odpadních vod  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| vybavení systémem přirozeného nebo umělého větrání a systémem vytápění  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| zajištění připojení na veřejný rozvod elektrické energie  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| připojení k veřejné telefonní síli (pevné nebo mobilní)   | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| počítač s připojením k internetu  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| místnost s omyvatelným povrchem stěn (minimálně do výšky 180 cm a snadno čistitelným, omyvatelným a dezinfikovatelným povrchem nábytku a podlahy) | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |

## B) Podmínky vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení

| Podmínka  | Tuto podmínku již splňujeme | Ano, domnívám se, že splnění podmínky je v našich silách | Ne, tuto podmínku nejsme schopni řešit vlastními silami |
|---|-----------------------------|--|---|
| ordinace lékaře a pracoviště zdravotnických a jiných odborných pracovníků (minimální podlahová plocha 13 m <sup>2</sup> ) | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| čekárna (minimální plocha 7 m <sup>2</sup> )  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |

PDFmyURL.com

|  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| WC pro pacienty s umyvadlem  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| sanitární zařízení pro zaměstnance   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| skladovací prostory, případně vhodné skříně (nesmí dojít ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dřez na mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickými materiálem                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| příprava pro zdravotní výkon (minimální rozloha 10 m <sup>2</sup> )                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| vybavení ordinace lékaře (výšetřovací lehátko, umyvadlo, dřež, nábytek, židle/řeslo pro pacienta atd.)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| místnost pro terapii (s minimální plochou 10 m <sup>2</sup> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| alkotest, tester na přítomnost drog  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| samostatné bezpečnostní signalizační zařízení (v případě poskytování substituční léčby)                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| pulzní oxymetr, monitor s funkcí pulzní oxymetrie nebo monitor vitálních funkcí                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| místnost pro skupinovou psychotherapii (minimální plocha 15 m <sup>2</sup> )                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## C) Podmínky vyplývající z vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb

| Podmínka   | Tuto podmínku již splňujeme | Ano, domnívám se, že splnění podmínky je v našich silách | Ne, tuto podmínku nejsme schopni řešit vlastními silami |
|--|-----------------------------|--|---|
| lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocích nebo psychiatr | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |
| adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu                  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>                                    | <input type="radio"/>                                   |

PDFmyURL.com

|   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| klinický psycholog                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Část C

### CÍLOVÉ SKUPINY

12) Které z následujících skupin osob byly v roce 2011 Vašimi klienty?

- ☐ klienti mladší 15 let
- ☐ klienti ve věku 15 – 18 let
- ☐ klienti starší 18 let
- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou nelegální látka
- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou alkohol
- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou tabák
- ☐ patologičtí hráči, gambleři
- ☐ klienti s psychickou a somatickou komorbiditou
- ☐ osoby blízké (rodinní příslušníci, přátelé apod.)

13) Které z následujících skupin osob by se mohly stát Vašimi klienty v případě, že by Vaše zařízení získalo tomu odpovídající finanční prostředky?

- ☐ klienti mladší 15 let
- ☐ klienti ve věku 15 – 18 let
- ☐ klienti starší 18 let
- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou nelegální látka
- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou alkohol

PDFmyURL.com

- ☐ uživatelé, u kterých je primární drogou tabák
- ☐ patologičtí hráči, gambleři
- ☐ klienti s psychickou a somatickou komorbiditou
- ☐ osoby blízké (rodinní příslušníci, přátelé apod.)

Odeslat dotazník

Zapomenuté fitness [Lanna Gym](#) dluží peníze. [Neodymové magnety](#). Moderní zdravotní [matrace](#), které pomáhají od bolesti - matrace UNAR. **Oblékáme se stylově - oblečení** a hip hop oblečení

PDFmyURL.com

## Příloha B

# Seznam zkratek

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>ČAS</b>        | Česká asociace streetwork  |
| <b>ČLS J.E.P.</b> | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně   |
| <b>EMCDDA</b>     | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  |
| <b>ESPAD</b>      | The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs  |
| <b>IHRA</b>       | International Harm Reduction Association   |
| <b>IHRD</b>       | International Harm Reduction Development   |
| <b>MPK</b>        | Mezinárodní protidrogová komise  |
| <b>MPSV</b>       | Ministerstvo práce a sociálních věcí   |
| <b>MS</b>         | Ministerstvo spravedlnosti   |
| <b>MZ</b>         | Ministerstvo zdravotnictví   |
| <b>NIDA</b>       | The National Institute on Drug Abuse   |
| <b>NMS</b>        | Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti  |
| <b>NNO</b>        | nestátní nezdravotnické organizace   |
| <b>NTA</b>        | National Treatment Agency for Substance Misuse (Národní agentura pro léčbu užívání návykových látek) |
| <b>NWP</b>        | Narcotics Working Party  |
| <b>NZZ</b>        | nestátní zdravotnické zařízení   |
| <b>ÚZIS</b>       | Ústav zdravotnických informací a statistiky  |
| <b>WHO</b>        | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)  |
| <b>ZZ</b>         | zdravotnické zařízení  |



## Příloha C

# Návrh vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení

**N á v r h**  
**VYHLÁŠKA**

**o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení,  
kontaktních pracovišť domácí péče a na vybavení poskytovatelů zdravotních služeb  
dopravními prostředky**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 k provedení § 11 odst. 6 a 7 zákona č. .../...  
Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách):

Příloha č. 1 k vyhlášce č. ...

**Obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení**

1. Zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně technických požadavků na prostory a jejich funkční a dispoziční uspořádání umožňovat funkční a bezpečný provoz.
2. Zdravotnické zařízení dále musí
  - a) tvořit provozně uzavřený a funkčně provázaný celek,
  - b) být umístěno v nebytových prostorech splňujících obecné požadavky na výstavbu,
  - c) mít zajištěnu dodávku pitné vody a dodávku teplé vody, pokud není zajištěn její ohřev na místě,
  - d) mít zajištěn odvod odpadních vod,
  - e) být vybaveno systémem přirozeného nebo umělého větrání a systémem vytápění,
  - f) mít zajištěno připojení na veřejný rozvod elektrické energie,
  - g) být vybaveno připojením k veřejné telefonní síti, a to pevné nebo mobilní, pokud není dále uvedeno jinak,
  - h) být vybaveno počítačem s připojením k internetu.
3. Prostory určené pro
  - a) manipulaci s biologickým materiálem,
  - b) provádění operačních výkonů, nebo
  - c) provádění endoskopických výkonů s porušením integrity tělesného povrchu nebo se zvýšeným rizikem infekce,musí mít omyvatelný povrch stěn minimálně do výšky 180 cm a povrch nábytku a podlahy snadno čistitelné, omyvatelné a dezinfikovatelné, pokud není dále uvedeno jinak.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. ...

**Požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení  
ambulantní péče**

**I.**

**Požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče  
dle oborů lékařů a zubních lékařů a nelékařských zdravotnických povolání**

**A. Společné požadavky**

1. Základní provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:
  - a) ordinace lékařů a zubních lékařů<sup>2)</sup> (dále jen „ordinace lékaře“) a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků<sup>3)</sup>, ve kterých jsou prováděny zdravotní výkony,
  - b) čekárna,
  - c) WC pro pacienty,
  - d) zákrokový sál, pokud jsou prováděny
    - operační výkony, nebo
    - endoskopické výkony s porušením integrity tělesného povrchu nebo se zvýšeným rizikem infekce,
  - e) přípravná pro zdravotní výkony, pokud je zřízena.
2. Vedlejší provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:
  - a) sanitární zařízení pro zaměstnance<sup>4)</sup>,
  - b) skladovací prostory,
  - c) místnost pro odpočinek, pokud je zřízena.Vedlejší provozní prostory mohou být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
3. Ordinace lékaře a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků musí mít minimální podlahovou plochu (dále jen „plocha“) 13 m<sup>2</sup>.
4. Přípravnou pro zdravotní výkony se rozumí místnost, kde je připravován pacient k zdravotním výkonům a dále kde jsou připravovány zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a léčivé látky před jejich aplikací pacientovi a vykonávány další činnosti s tím související. Přípravná pro zdravotní výkony musí mít minimální plochu 10 m<sup>2</sup>.
5. Čekárna musí mít minimální plochu 7 m<sup>2</sup>, pokud není dále uvedeno jinak. Čekárna může být společná pro více ordinací lékařů, pokud má minimální plochu 10 m<sup>2</sup>. Pokud je

<sup>2)</sup> Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>3)</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

<sup>4)</sup> Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.

zdravotní péče (dále jen „péče“) poskytována kojencům, musí mít čekárna minimální plochu 8 m<sup>2</sup> a být vybavena přebalovacím stolem, není-li tento stůl v ordinaci lékaře.

6. WC pro pacienty musí mít předstíh vybavenou umyvadlem, není-li umyvadlo umístěno v kabině WC. WC může být společné pro zaměstnance a pacienty v případě, kdy zdravotnické zařízení ambulantní péče sestává z maximálně 2 ordinací lékařů nebo pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud není dále uvedeno jinak. WC pro pacienty může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
7. Zákrokový sál musí mít minimální plochu 13 m<sup>2</sup> a mít podlahy, stropy i stěny odolné proti poškození při pravidelném čištění, mytí a dezinfekci.
8. Skladovací prostory se vylučují pro oddělené skladování materiálu, prádla a uklizecích a dezinfekčních potřeb. Skladovací prostory lze nahradit vhodnými skříněmi. Skladování věcí musí být zabezpečeno tak, aby nedošlo ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi.
9. Vybavení ordinace lékaře a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků:
  - a) vyšetřovací lehátko,
  - b) umyvadlo,
  - c) dřez na mytí pomůcek, pokud je prováděno mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickým materiálem,
  - d) nábytek pro práci zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
  - e) židle nebo křeslo pro pacienta,
  - f) skříň na léčivé přípravky,
  - g) stolky na přístroje a nástroje,
  - h) nepřenositelná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující<sup>5)</sup>,
  - i) skříň na nástroje a pomůcky,
  - j) kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické formě,
  - k) chladnička na léčivé přípravky vybavená teploměrem, pokud se uchovávají léčivé přípravky nebo pomůcky, které pro své uchování vyžadují nižší teplotu než pokojovou, a chladnička na biologický materiál vybavená teploměrem, pokud je uchováván biologický materiál,
  - l) tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, osobní váha, výškoměr,
  - m) přebalovací stůl, pokud je poskytována péče novorozencům a kojencům,
  - n) pomůcky a léčivé přípravky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška nebo samorozpínací vak včetně masky, vzduchovody, rukavice, výbava pro stavění krvácení a prostředky k zajištění žilního vstupu; pracoviště pracovníků nelékařských zdravotnických povolání nemusí být vybaveno léčivými přípravky pro poskytnutí první pomoci a prostředky k zajištění žilního vstupu,
  - o) sterilizátor, pokud se používají nástroje a pomůcky vyžadující sterilitu a není zajištěna služba centrální sterilizace nebo dodávka veškerého materiálu na

<sup>5)</sup> Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

jednorázové použití anebo pokud není dodáván veškerý materiál sterilizovaný. Pokud je používána sterilizace formaldehydem, musí být sterilizátor umístěn mimo místnost pro provádění výkonů,

- p) lokální svítidlo vyšetřovací,
- q) prostor pro svlékání pacienta a odložení oděvu.

Vybavení uvedené v písmenech a) až c) a e) až q) může být společně pro ordinaci lékaře, pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a pracoviště jiných odborných pracovníků a může být umístěno v kterémkoli ze základních provozních prostor uvedených v části I.A bodě 1 písmenu a) – b) a d) - e) této přílohy.

10. Vybavení zákrokového sálu:

- a) umyvadlo,
- b) operační stůl nebo křeslo s operačním svítidlem,
- c) kontejnery na sterilní materiál a sterilní nástroje,
- d) kontejner na použitý operační materiál,
- e) infuzní stojan nebo jiné zařízení umožňující bezpečné zavěšení infuzních lahví a vaků (dále jen „infuzní stojan“),
- f) instrumentační stolek,
- g) skříň na materiál,
- h) další přístroje a nástroje podle oboru poskytované péče.

11. Pokud je ve zdravotnickém zařízení ambulantní péče poskytována péče ve více oborech, musí být splněny požadavky na vybavení stanovené pro každý obor poskytované péče.

12. Pokud je ve zdravotnickém zařízení ambulantní péče poskytována péče v oboru, který není uveden v části B této přílohy, musí být splněny požadavky na vybavení stanovené pro obor věcně nejbližší.

13. Pokud je ve zdravotnickém zařízení ambulantní péče poskytována péče dětem, musí být vybavení zdravotnického zařízení přizpůsobeno těmto pacientům.

14. Pokud je zdravotnické zařízení vybaveno zařízeními či přístroji, které prokazatelně funkčně plně nahrazují minimální vybavení zdravotnického zařízení uvedené v této příloze nebo jeho část a činí je nadbytečným, takto nahrazené minimální vybavení nebo jeho část se nevyžaduje.

15. Pokud jsou na vybavení jednotlivých ordinací lékařů, pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a dalších provozních prostor zdravotnických zařízení ambulantní péče další nebo odlišné požadavky, jsou uvedeny dále jako zvláštní požadavky.

## **B. Zvláštní požadavky**

### **1. Zvláštní požadavky na technické a věcné vybavení podle oborů zdravotní péče**

#### **1.25. Návykové nemoci**

Vybavení:

- a) alкотest,
- b) tester na přítomnost drog,
- c) samostatné bezpečnostní signalizační zařízení, pokud je poskytována substituční léčba.

##### **1.25.1. stacionární péče - adiktologie**

Zřizuje se místnost pro terapie.

### **2. Zvláštní požadavky na technické a věcné vybavení podle oborů zdravotní péče - nelékařská zdravotnická povolání**

#### **2.1. Adiktolog**

Vybavení je shodné s vybavením uvedeným v části I.B bodě 1.25 této přílohy.

## **II.**

### **Zvláštní požadavky**

#### **1. Akutní lůžková péče standardní**

##### **1.16. Návykové nemoci**

Vybavení:

- a) alкотest,
- b) tester na přítomnost drog,
- c) pulzní oxymetr, monitor s funkcí pulzní oxymetrie nebo monitor vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SpO<sub>2</sub>), pokud není dostupný na jiném pracovišti zdravotnického zařízení.

Nevyžaduje se transportní lehátko nebo stretcher a zvedací zařízení pro imobilní pacienty. Dále se nevyžaduje komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou, pokud je zajištěn dohled.

V rámci zdravotnického zařízení nebo smluvně ve zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele musí být zajištěno toxikologické vyšetření moče statim.

## Příloha D

### Návrh vyhlášky o požadavcích na min. personální zabezpečení

**N á v r h**

**VYHLÁŠKA**

**ze dne.....**

**o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb**

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120, k provedení § 11 odst. 4 zákona č. .... /... Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách):

Příloha č. 1 k vyhlášce č. .../...Sb.

**Požadavky na personální zabezpečení ambulantní péče**

**I.**

**Požadavky na personální zabezpečení ambulantní péče podle oborů lékařů a zubních lékařů a nelékařských zdravotnických povolání**

**A. Společné požadavky**

1. Personální zabezpečení péče je stanoveno podle jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, druhu a oboru poskytované péče. Další personální zabezpečení nad rámec minimálních požadavků se odvíjí podle druhu poskytované zdravotní péče, oboru a spektra prováděných výkonů tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče.
2. Pokud je poskytována specializovaná ošetrovatelská péče, je personální zabezpečení doplněno o všeobecnou sestru se specializovanou způsobilostí<sup>2)</sup>.
3. Pokud je poskytována ambulantní zdravotní péče výhradně dětem, je zabezpečena lékaři a pracovníky nelékařských zdravotnických povolání se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oborech nebo certifikovaných kurzech, zaměřených na péči o děti stejně, jako péče poskytovaná dospělým v příslušných oborech podle ustanovení I.B.1. a I.B.2. této přílohy.
4. Všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent může zabezpečovat činnosti pro dvě spolupracující funkčně a prostorově provázané samostatné ordinace.
5. Dostupností zdravotnického pracovníka se pro účely této části přílohy rozumí dostupnost rady a pomoci prostřednictvím telefonu či elektronicky, v případě vyžádání fyzická

<sup>2)</sup> §§ 54 - 67 vyhl. č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí



přítomnost v závislosti na naléhavosti provedení výkonu a na klinickém stavu pacienta, pokud není dále uvedeno jinak.

## **B. Zvláštní požadavky**

### **1. Ambulantní péče podle oborů zdravotní péče**

#### **1.25. Návykové nemoci**

- a) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatr.

##### **1.25.1. Stacionární péče - adiktologie**

- a) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech, psychiatr, klinický psycholog nebo adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu,
- b) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatr - dostupnost v případě, že péči zabezpečuje klinický psycholog nebo adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu a
- c) všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent.

### **2. Ambulantní péče podle oborů zdravotní péče - obory nelékařských zdravotnických povolání**

#### **2.1. Adiktolog**

- a) adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu a
- b) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech nebo psychiatr – dostupnost.

**II.**

**Zvláštní požadavky na personální zabezpečení lůžkové péče**

**1. Akutní lůžková péče standardní**

**1.6. Návykové nemoci**

- a) psychiatr nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech 1,0 úvazku,
  - b) lékař s odbornou způsobilostí 2,0 úvazku, z toho 1,0 úvazku s certifikátem,
  - c) ZPBD – adiktolog nebo sestra se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii 1,0 úvazku,
  - d) ZPBD, ZPOD 7,0 úvazku,
  - e) ZPOD bez maturity 2,0 úvazku a
  - f) zdravotně – sociální pracovník nebo JOP – sociální pracovník 0,1 úvazku.
- Požadavky na personální zabezpečení jsou stanoveny na 20 lůžek

**Příloha E**

**Předpis č. 505/2006 Sb.**

505/2006 Sb.

## VYHLÁŠKA

ze dne 15. listopadu 2006,

kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Změna: 166/2007 Sb.  
Změna: 340/2007 Sb. (část)  
Změna: 340/2007 Sb.  
Změna: 239/2009 Sb.  
Změna: 162/2010 Sb.  
Změna: 391/2011 Sb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí stanoví podle § 119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

## ČÁST DRUHÁ

**ROZSAH ÚKONŮ POSKYTOVANÝCH V RÁMCI ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ U JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A MAXIMÁLNÍ VÝŠE ÚHRAD ZA POSKYTOVÁNÍ NĚKTERÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

## § 3

**Základní sociální poradenství**

Základní sociální poradenství se při poskytování sociálních služeb zajišťuje v rozsahu těchto úkonů:

- a) poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby,
- b) poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče,
- c) poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžné dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě,
- d) poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

## § 4

**Odborné sociální poradenství**

Základní činnosti při poskytování odborného sociálního poradenství se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:  
zprostředkování navazujících služeb,
- b) sociálně terapeutické činnosti:  
poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání;  
tato základní činnost může být zajišťována poskytováním poradenství alespoň ve 2 z těchto oblastí,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:  
1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,  
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

## § 18

**Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče**

(1) Základní činnosti při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

b) poskytnutí stravy:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
4. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. podpora a pomoc při využívání běžné dostupných služeb a informačních zdrojů,
2. pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) aktivizační činnosti:

nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče činí

a) 200 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,

b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. b)

1. 160 Kč denně za celodenní stravu,
  2. 75 Kč za oběd,
- včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

#### § 20

##### Telefonická krizová pomoc

Základní činnosti při poskytování telefonické krizové pomoci se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) telefonická krizová pomoc:

krizová práce s osobou spočívající v jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu osoby s pracovištěm telefonické krizové intervence,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

#### § 24

##### Kontaktní centra

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v kontaktních centrech se zajišťují v

rozsahu těchto úkonů:

- a) sociálně terapeutické činnosti:
  - 1. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
  - 2. poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
  - 1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
  - 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
  - 1. zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny,
  - 2. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla.

#### § 34

##### Terénní programy

Základní činnosti při poskytování terénních programů se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
  - aktivitu umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
  - 1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
  - 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
  - 3. sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob,
  - 4. poskytování informací o rizicích, spojených se současným způsobem života a snižování těchto rizik; v případě uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek prostřednictvím metod přístupu minimalizace škod.

#### ČÁST ČTVRTÁ

##### KVALIFIKAČNÍ KURZ PRO PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

#### § 37

(1) Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části.

(2) Obecná část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

- a) úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb,
- b) základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace,
- c) úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie,
- d) základy ochrany zdraví,
- e) etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost,
- f) základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě,
- g) sociálně právní minimum,
- h) metody sociální práce.

(3) Zvláštní část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

- a) základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění,

- b) aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času,
- c) prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby,
- d) základy výuky péče o domácnost,
- e) odborná praxe,
- f) krizová intervence,
- g) úvod do problematiky zdravotního postižení,
- h) zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.

(4) Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin.

(5) Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníků kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

#### § 37a

Absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly střední vzdělání s maturitní zkouškou v oborech vzdělání uvedených v příloze č. 4 k této vyhlášce.

### ČÁST SEDMÁ

#### PŘECHODNÉ USTANOVENÍ

#### § 40

Za kvalifikační kurz podle § 37 se považuje i kurz uskutečněný přede dnem 1. ledna 2007 vzdělávací institucí akreditovanou podle předpisů o zaměstnanosti 1), pokud obsah a rozsah tohoto kurzu byl srovnatelný s kvalifikačním kurzem podle § 37, a akreditovaný kvalifikační kurz v oboru všeobecný sanitář podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních 2) uskutečněný přede dnem 1. ledna 2007.

## Příloha 2

## Obsah standardů kvality sociálních služeb

## 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

## Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;
- c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;
- d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla ne pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

## 2. Ochrana práv osob

## Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

## 3. Jednání se zájemcem o sociální službu

## Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;



b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

#### 4. Smlouva o poskytování sociální služby

##### Kritérium

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

#### 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

##### Kritérium

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

#### 6. Dokumentace o poskytování sociální služby

##### Kritérium

- 
- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- 
- b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
- 
- c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.
- 

#### 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

##### Kritérium

- 
- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- 
- b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;
- 
- c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;
- 
- d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.
- 

#### 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

##### Kritérium

- 
- a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;
- 
- b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;
- 
- c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj
- 

#### 9. Personální a organizační zajištění sociální služby

---

## Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;
- b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

## 10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

## Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;
- b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.
- c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje
- d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje
- e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

## 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

-----  
Kritérium-----  
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.  
-----

## 12. Informovanost o poskytované sociální službě

-----  
Kritérium-----  
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.  
-----

## 13. Prostředí a podmínky

-----  
Kritérium

- 
- 
- a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
- 
- 
- 
- b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.
- 
- 

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

## 14. Nouzové a havarijní situace

-----  
Kritérium

- 
- 
- a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
- 
- 
- 
- b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
- 
- 
- 
- c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.
- 
- 

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

## 15. Zvyšování kvality sociální služby

-----  
Kritérium

- 
- 
- a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda

je způsob poskytování sociální služby v souladu  
s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální  
služby a osobními cíly jednotlivých osob;

- 
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní  
pravidla pro zjišťování spokojenosti osob  
se způsobem poskytování sociální služby;  
podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- 
- c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované  
sociální služby také zaměstnance a další  
zainteresované fyzické a právnické osoby;
- 
- d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo  
způsob poskytování sociální služby jako podnět  
pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.
-